

การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ

นางจินต์จุฑา รอดपाल

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

GOOD DEATH : PERSPECTIVES FROM THAI BUDDHIST ELDERLY

Mrs. Jinjuta Rodpal

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

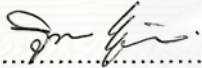
Copyright of Chulalongkorn University

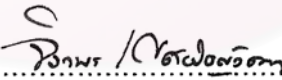
หัวข้อวิทยานิพนธ์	การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ
โดย	นางจินต์จุฑา รอดพาล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

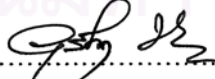

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์)


..... กรรมการ
(พันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

จินต์จุฑา รอดพาล : การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. (GOOD DEATH
PERSPECTIVES FROM THAI BUDDHIST ELDERY) อ.ที่ปรึกษา : ผศ. ดร.จิราพร
เกศพิชญวัฒนา, อ. ที่ปรึกษาร่วม : อ.ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์. 187 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นระเบียบวิธีวิจัย ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 5 ชมรม รวม 40 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ทำการสนทนากลุ่มมีการบันทึกเทปร่วมกับการสังเกตและการบันทึกภาคสนาม ทำการถอดเทปบทสนทนาจากการสนทนากลุ่มโดยการถอดข้อความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ซึ่งได้แก่ 1) ตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติสามารถนอนนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สร้างสมมา 2) ตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขารร่างกายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็นภาระให้ลูกหลานต้องมาดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต ในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมเกิดการยอมรับต่อการจากไป และ 3) ตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี

จากผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิติ.....จินต์จุฑา รอดพาล
ปีการศึกษา.....2549.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....จิราพร เกศพิชญวัฒนา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4877561336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: GOOD DEATH / THAI BUDDHIST ELDERLY

JINJUTA RODPAL : GOOD DEATH : PERSPECTIVES FROM THAI BUDDHIST

ELDERLY. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. JIRAPORN

KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR : CAP. WASINEE

WISESRITH, Ph.D., 187 pp.

The purpose of this study was to explore the meaning of good death from perspectives of Thai Buddhist elderly. A qualitative research method by focus group discussion was applied as a methodology in this study. Five focus groups discussion were done with forty participants which were Thai Buddhist older persons member of elderly clubs in Ayutthaya province. The focus group discussion were tape-recorded, observation, and field note writing. The focus group discussion were transcribed verbatim and data were analyzed by content analysis.

Results of the study were displayed as followed.

The meaning of good death from perspectives of Thai Buddhist elderly consisted of three themes: 1) Death with peacefulness means dying person having peaceful mind without confuse, as a sleep and concentrating to good and merits been done that person. 2) Natural death means death as end of life course, expired of physical body slowly according to nature, not be burdensome to others, surrounded by descendants and accepted to one's death. 3) Death without worrisome means dying with preparedness of mind, family, property, and merit.

This study explained meaning of good death perspectives from Thai Buddhist elderly. Health providers can use the finding of this study to develop nursing care for elderly at the end of life for peaceful death straight to demand of elderly.

Field of study.....Nursing Science Student's..... Jinjuta Rodpal
Academic year2006..... Advisor's..... Jiraporn K. Wattana
Co-advisor's Wasinee Wisersith

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ร.อ. หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้กำลังใจ ให้โอกาสได้เรียนรู้ และพัฒนากระบวนการคิด พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง และกราบขอบพระคุณพันโทหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้วยความรักความเมตตาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ ที่นี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและจะจดจำไว้ในใจตลอดไป อีกทั้งกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัย ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างสูงสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

กราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเจ้าหน้าที่สถานีนอมาัยทุกท่านที่อำนวยความสะดวกระหว่างเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านเป็นพิเศษที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันด้วยมิตรไมตรีอันดียิ่ง และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้ รวมถึงผู้ช่วยผู้วิจัยทุกท่านที่ช่วยในการเก็บข้อมูลเป็นไปด้วยความเรียบร้อยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้เป็นกัลยาณมิตรเอาใจใส่ให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยความรักความปรารถนาดีเสมอมา ท้ายที่สุดขอขอบคุณคุณชิวิตที่เป็นเพื่อนคอยดูแลห่วงใยเป็นแรงใจที่สำคัญตลอดเวลา ตลอดจนครอบครัวที่คอยให้กำลังใจจนทำให้สามารถสำเร็จการศึกษาอย่างภาคภูมิใจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
แนวคิดเบื้องต้น	5
คำถามการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	7
แนวคิดเกี่ยวกับความตาย	17
การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	32
ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.....	40
ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต.....	45
การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	71
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	78
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	80
ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย	80
ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	82
ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล	91
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย	95
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	96

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล	122
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	125
อภิปรายผลการวิจัย	126
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	144
รายการอ้างอิง	148
ภาคผนวก	161
ภาคผนวก ก เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลการเข้าร่วมวิจัย และเอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย	162
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย	168
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	175
ภาคผนวก ง ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และการตรวจยืนยันความถูกต้องของข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษา	184
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	187

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

- 1 กลุ่มสนทนา จำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนปีที่เป็นสมาชิกชมรม.....96
- 2 ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม.....185



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Aging population) มีผู้สูงอายุจำนวน 6,824,000 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต จากการคาดประมาณประชากรในปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2550) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสังคม เศรษฐกิจ ปัญหาทางสุขภาพ และการจัดการทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมในระยะยาว เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยตอนปลายของชีวิตเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงจุดสุดท้ายของชีวิต มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียที่มีความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัวและสังคมมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เรียนรู้และเข้าใจถึงวัฏจักรของการสิ้นสุดของชีวิต ยอมรับเหตุผลของความตายยอมรับความตายของตนเอง (พัชรียา ไชยลังกา, 2534) ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะครุ่นคิดถึงความตายมากกว่าวัยอื่น โดยอาจจะมีความกลัวเกี่ยวกับความตายของตนเองน้อยลง และสามารถยอมรับความตายได้มากขึ้น เนื่องจากต้องเผชิญกับความเสื่อมลงของสภาพร่างกาย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการดำเนินชีวิต จึงตระหนักถึงความเสื่อมของสภาพร่างกายและยอมรับว่าปัญหาสุขภาพของตนไม่ดีขึ้น รวมทั้งได้พบเห็นการตายของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน (Eliopoulos, 2001 ; Komaromy & Hockey, 2001) เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุจะกลัวการเป็นภาระต่อผู้อื่น กลัวที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด และกลัวการยืดชีวิตออกไปด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Lueckenotte, 2000) ในขณะที่ผู้สูงอายุบางรายยังไม่สามารถทำใจยอมรับได้ต่อความตายของตนเพราะว่ายังคงยึดติดกับหน้าที่การงาน มีความกลัวที่จะต้องพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หรือว่ามีคู่สมรสที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือมีลูกหลานที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้สูงอายุ(Atchley, 1997; Cavanaugh, 1997; Risen,1999; Thorson, 1995 อ้างถึงใน ลดาวัลน์ สาภินันท์, 2545)

จากการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และ สุลี ทองวิเชียร (2533) ถึงทัศนคติที่มีต่อความตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องที่ถูกชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และมีการระลึกถึงความตายอยู่เป็นประจำ มีการเลือกสถานที่ตายโดยเลือกที่บ้านมากที่สุด รองลงมาคือตายใน

สถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษา ต้องการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ต้องการได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และได้รับความเห็นใจจากญาติพี่น้องผู้ใกล้ชิดเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ming-Lin and Lang (1998) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อความตายของผู้สูงอายุชาวจีนพบว่าผู้สูงอายุไม่มีความกลัวต่อความตาย เนื่องจากยอมรับได้ว่าความตายเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นในชีวิตตามธรรมชาติ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเชื่อทางศาสนาสมควรเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และ เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ศึกษาถึงความตายและทัศนะในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุไม่ปฏิเสธความตายยอมรับว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต บางคนกลัวภาวะก่อนตายที่อาจจะเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องการตายตามธรรมชาติ ส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านเพราะมีความคุ้นเคยมีบุตรหลานหรือเพื่อนบ้านคอยดูแล มีการเตรียมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ และเตรียมเรื่องกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยซึ่งสำคัญสำหรับชาวชุมชน

ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2545) มาตรา 24 ระบุไว้ว่า **“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”** การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง อย่างไรก็ตามสำหรับประเทศไทยการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาโดยการทำพินัยกรรมชีวิตยังเป็นเรื่องที่ไม่มีความหมายรับรอง (ลดาวัลน์ สาภินันท์, 254) และส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนเรื่องการยืดความตายออกไป แต่บางครั้งการตัดสินใจของญาติอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เนื่องจากญาติอาจใช้พื้นฐานการตัดสินใจตามความคิดเห็นของตน ซึ่งอาจทำให้ญาติตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนา (ศุภชัย คุณารัตนพุกษ, 2541) ในปัจจุบันการตายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการตายในโรงพยาบาลภายใต้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์อันเป็นกระบวนการช่วยยืดชีวิตมนุษย์ เช่น การเจาะคอ ใส่ท่อหายใจ การใช้เครื่องมือและยาช่วยกระตุ้นหัวใจ ฯลฯ มีผลทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องตกอยู่ภายใต้การรักษาเช่นนั้นเป็นวันเป็นสัปดาห์เป็นเดือน อยู่อย่างไรความสามารถลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (Dehumanization) ในบางครั้งมีชีวิตอยู่ในสภาพที่ไม่แตกต่างอะไรกับภาวะพืชผักถาวร (Permanent vegetative state) อยู่ในภาวะที่เรียกว่า ฟังก์ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง เป็นการทำให้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ค่อยๆ หดไป นอกจากทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคลนั้นแล้ว ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายตามมา (ประสาน ต่างใจ, 2539; แสงบุญเฉลิมวิภาส, 2547; อัมพล จินดาวัฒน์, 2548) ซึ่งระยะนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิดได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ ในความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์เหล่านี้

ได้ทำให้มองข้ามความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งน้อยคนนักจะได้คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ที่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีของเขาโดยเฉพาะในเรื่อง “ความตาย”

ความตายเป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตมนุษย์ เป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบและเป็นวัฏจักรของชีวิตมนุษย์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ของชีวิตที่มีความหมายเชิงลบคือไม่ว่าจะพิจารณาความตายในแง่ไหนสำหรับคนทั่วไปย่อมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งไม่ดีและไม่น่าพึงประสงค์ (ณัฐยา วาสิงหน, 2541) ในสังคมไทยคนทั่วไปมักมีทัศนคติในแง่ลบเกี่ยวกับความตายถือว่าความตายเป็นเรื่องอัปมงคล เป็นสัญญาณของความสูญเสีย พลัดพรากและความเศร้าโศกอาดูร คนไทยเราจึงมักหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึงสิ่งที่ถือว่าเป็นลางนำไปสู่ความตาย และมักสั่งสอนลูกหลานไม่ให้กล่าวหรือการกระทำใดๆ อันสื่อถึงการชักนำความตายให้เกิดขึ้น ถึงแม้ว่าชีวิตกับความตายเป็นของคู่กันแต่คนส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญของชีวิตในขณะที่ละเลยความตายไม่สนใจไม่รับรู้เรื่องความตาย ไม่ช้าไม่นานเราก็จะหลงลืมไปว่าสักวันหนึ่งเราก็ต้องตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2547) ความตายเป็นเรื่องลึกลับของชีวิตที่ยังไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนมาอธิบายเกี่ยวกับความหมายที่แท้จริง คนทั่วไปมองความตายเป็นจุดสิ้นสุดของชีวิตเป็นการหยุดทำหน้าที่อย่างถาวรของอวัยวะทุกอย่างในร่างกาย หรือมองว่าความตายเป็นภาวะที่ไม่มีตัวตน (State of nothingness) เป็นช่วงเวลาในการรอคอยที่จะมีการเริ่มต้นใหม่ของชีวิต เป็นการเปลี่ยนสภาพใหม่ของสิ่งมีชีวิต (Transformation of being) หรือว่าเป็นภาวะของการสืบเนื่องต่อไปของสิ่งมีชีวิต (State of perpetual being) ทั้งนี้ความเชื่อในเรื่องความตายของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และความเชื่อทางศาสนาที่ตนศรัทธา (Angelucci & Lawrence, 1995; Cavanaugh, 1997; Risen, 1999 อ้างถึงใน ลดาวัลน์ สาภินันท์, 2545) การยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาต่างๆอย่างเคร่งครัด ย่อมทำให้บุคคลมีความกลัวตายลดลง และสามารถยอมรับต่อความตายได้มากขึ้น เพราะมีความเข้าใจในเรื่องความตายและชีวิตหลังความตายได้เป็นอย่างดี (Daaleman & Creek, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai et al.(2005) ถึงความกลัวตายและการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุในประเทศไต้หวัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับฟังคำสอนจากพระในศาสนาพุทธช่วง 2 วันก่อนเสียชีวิตจะมีระดับความกลัวตายต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป โดยศาสนาพุทธมีความเชื่อเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด ซึ่งมีหลักการว่ามนุษย์ทุกคนเมื่อตายแล้วจะต้องมีการเกิดใหม่ในภพภูมิต่างๆ ตามแรงบุญหรือบาปที่บุคคลนั้นได้กระทำ แล้วมีการตายอีกครั้งโดยหมุนเวียนอยู่เรื่อยไป อันเป็นการเวียนเกิดเวียนตายอยู่ในโลกหรือวงจรแห่งทุกข์ที่เรียกว่าสังสารวัฏ โดยเป็นไปตามกระแสของกิเลสกรรมวิบากกรรมของแต่ละคน จนกว่าบุคคลจะรู้แจ้งความจริงจึงจะไม่มีเกิด แก่ เจ็บ ตายอีกต่อไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540; ณัฐยา วาสิงหน, 2541)

ความตายจึงเป็นโอกาสสุดท้ายที่สำคัญของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย และบรรลุผลสำเร็จตามที่ตนพอใจในเวลาที่เหลือ ทำให้บุคคลมีการเตรียมตัวเพื่อให้ตนสามารถพบกับความตายที่ดี (Good death) ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามบริบทความเชื่อทางวัฒนธรรม สังคม ประเพณี ศาสนา วิถีชีวิต และปัจจัยเงื่อนไขสภาพแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมของ Steinhäuser et al. (2000) พบว่าผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล มองลักษณะของการตายดีว่าประกอบด้วยการจัดการกับอาการและอาการปวดอย่างเหมาะสม การได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจ การมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย ปัญหาคับข้องใจได้รับการแก้ไข ใช้เวลาที่เหลืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้กล่าวอำลาแลกเปลี่ยนความรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลมากกว่าที่จะมองว่าเป็นโรค Grant et al.(2003) ศึกษาถึงความต้องการตายดีของผู้ป่วยใกล้ตายในประเทศเคนยา ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกายได้แก่การควบคุมความปวด ด้านจิตใจต้องการคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักในครอบครัวและชุมชน ด้านจิตวิญญาณได้รับการดูแลทางด้านจิตใจไปโบสถ์และได้สวดมนต์ร่วมกับผู้อื่น ด้านสังคมไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อนำมาซื้อยา อาหาร ผ้าห่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล Geest (2004) ศึกษาความหมายการตายดีของผู้สูงอายุในประเทศกานา พบว่าการตายดีเป็นการตายของบุคคลที่ได้จัดการธุระเสร็จสิ้นแล้ว เกิดความสงบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น เป็นการตายตามธรรมชาติหลังจากได้ใช้ชีวิตที่มีคุณค่ามาอย่างยาวนาน ได้ตายที่บ้านแวดล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก และท้ายที่สุดเป็นการตายที่ได้รับการยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้องในสังคมนั้นๆ และ Hattori et al.(2006) ได้วิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับการตายดีของสังคมชาวญี่ปุ่นเพื่อหาความหมายของการตายดี พบว่าคุณลักษณะของการตายดีประกอบด้วยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมสังคม ประสบการณ์ของบุคคลได้พบเห็นเกี่ยวข้องกับความตายที่ผ่านมา บริบททางสังคม สิทธิของผู้ป่วย และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตาย ผลลัพธ์ที่ตามมาจะเป็นคุณภาพการดูแลเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อเกิดการตายที่ดีจะส่งผลให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจยอมรับต่อการจากไปและเกิดการปรับตัวในทางบวก และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลก็เกิดความพึงพอใจการปฏิบัติงานนั้นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็น ทักษะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย และสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ (กรแก้ว กำพลศิริ, 2542; ลดารัตน์ สาภินันท์, 2545; สุภาณี ทิววัฒนานนท์, 2540; สุภาวดี วรพันธุ์, 2546) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของความตายของผู้สูงอายุพบเพียง 1 เรื่อง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความหมาย ความเชื่อ และประสบการณ์การเตรียมตัวที่เกี่ยวกับความตายของสังคมไทย (เปรมใจ วังศิริไพศาล, 2545) พบว่า มีการให้ความหมายของความตายที่แตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ แต่การศึกษายังขาดความชัดเจนเกี่ยว

ความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธที่อยู่ในบริบทสังคมไทย องค์ความรู้ที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอที่จะทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความหมายของการตายดีจากมุมมองผู้สูงอายุไทยพุทธ เนื่องจากในปัจจุบันการเสียชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ภายใต้เครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ และเมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ญาติจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนในเรื่องการรักษาพยาบาล ซึ่งบางครั้งการตัดสินใจของญาติอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และจากประสบการณ์การทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้เพียงบางส่วน ยังไม่ครอบคลุมถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกลึกซึ้งในการค้นหาความหมายของผู้ที่ประสบหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น ซึ่งผู้สูงอายุได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงวัยปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุให้ความหมายของการตายดีผ่านความคิดความรู้สึกในมิติที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการ หรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะได้เรียนรู้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการบริการที่ตอบสนองความต้องการเพื่อการจากไปที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ และอีกประการหนึ่งเป็นการตอบสนองเจตนารมณ์ของธรรมนูญสุขภาพคนไทย ในเรื่องที่คุณคนมีสิทธิในการแสดงความจำนงค์ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของชนชาวไทยให้บังเกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมชัดเจนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความหมายการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived Notion)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาถึงความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ภายใต้บริบทและวัฒนธรรมไทย ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีใดๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยจะทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับความตาย การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเป็นเพียงแนวทางในการวางแผนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและตอบปัญหาการวิจัย

คำถามในการวิจัย

ผู้สูงอายุไทยพุทธให้ความหมายของการตายดีว่าอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นระเบียบวิธีวิจัยรวมทั้งการสังเกต เพื่อศึกษาถึงความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ซึ่งผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์โดยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุให้ความหมายของการตายดีผ่านความคิดความรู้สึกในมิติที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มมีการบันทึกเทป การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Participant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา นับถือศาสนาพุทธ ไม่จำกัดเพศ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และไม่มีภาวะซึมเศร้า สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีความสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยสามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้เป็นเวลา 1½-2 ชั่วโมง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) เป็นแนวคำถามกว้างๆ ที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การตายดี หมายถึง เป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยพุทธ หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า นับถือศาสนาพุทธ มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีปัญหาในการฟัง การพูด เข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุพุทธ
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความหมายการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

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

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดกับผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของผู้สูงอายุ

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

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

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

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์กรหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์กรทั้งที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

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

จากการเจริญเติบโตของบุคคลเมื่อแรกเกิดจากเด็กเป็นผู้ใหญ่และท้ายสุดเป็นผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดระหว่างกระบวนการชราและกระบวนการเติบโต อย่างไรก็ตามความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลาย และมีกลไกทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่าเป็นสาเหตุแห่งความชราหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการชรา (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544)

ทฤษฎีการสูงอายุ

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

ก. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theories of aging)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพให้ความสำคัญกับการแสวงหาคำตอบที่เกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุในเชิงสรีระ (Physical process) ที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิต เมื่อเริ่มมีกระบวนการชราภาพ

เกิดขึ้น ทฤษฎีในกลุ่มนี้จะมองกระบวนการชราภาพตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ รวมทั้งระบบการทำงาน of สิ่งมีชีวิตนั้นๆ จุดเน้นของทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพจะอธิบายถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผลของการเสื่อมของอวัยวะส่วนต่างๆทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง
2. กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก้าวหน้าไป

ตลอดเวลา

3. การเปลี่ยนแปลงภายในระบบอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งมีชีวิตทุกชนิดถือเป็นสิ่งปกติจากอายุที่เพิ่มขึ้น

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. Stochastic Theory ประกอบด้วย

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

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

1.3 ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross-Linkage Theory) มีสมมติฐานเกี่ยวกับการสูงอายุว่าเกิดจากการมีโปรตีนบางอย่างในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีการเชื่อมโยงจับตัวกันมากขึ้น ส่งผลให้ไปขัดขวางขบวนการเมตาโบลิซึม ทั้งนี้จากการเชื่อมโยงไปขัดขวางการได้รับอาหารการขับของเสียจากเซลล์ทั้งในระดับภายในเซลล์ (intracellular) และนอกเซลล์ (extracellular) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโมเลกุลปกติจะมีการยึดติดกันโดยขบวนการทางเคมี (Chemical reaction) ผลจากการเชื่อมโยงนี้ทำให้ความหนาแน่น (density) ของ collagen เพิ่มขึ้น แต่ความสามารถในการทำงานในการนำสารอาหารหรือขับของเสียออกจากเซลล์กลับลดลง ผลคือการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อส่วนนั้นลดลงและส่งผลต่อโครงสร้างส่วนอื่นๆ

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

2. Nonstochastic Theories ประกอบด้วย

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

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

2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุที่เพิ่งเกิดขึ้น (Emerging Theories) ได้แก่

2.3.1 Neuroendocrine Control or Pacemaker Theory แนวคิดนี้เชื่อในความเกี่ยวพันระหว่างระบบฮอร์โมนและระบบประสาท ที่ส่งผลต่อการสูงอายุของมนุษย์ การทำงานของอวัยวะต่างๆรวมถึงกระบวนการเมตาโบลิซึมทั้งหลายเกิดขึ้น เชื่อว่ามีผลจากการควบคุมและการทำงานของระบบ neuroendocrine เพศชายและเพศหญิงจะมีฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ที่มีส่วนกับกระบวนการสูงอายุ ซึ่งฮอร์โมนที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูงอายุ ได้แก่ Dehydroepiandrosterone (DHEA) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจาก adrenal glands พบว่ามีปริมาณลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดความสนใจว่าอาจจะเป็นฮอร์โมนที่ช่วยยับยั้งการสูงวัยได้ และนอกจากนี้ฮอร์โมนเมลาโตนิน (Melatonin) เป็นฮอร์โมนอีกตัวที่ได้รับความสนใจว่าอาจมีความเกี่ยวข้องกับนาฬิกาชีวิต (Biologic clock) ของมนุษย์ ซึ่งแนวคิดนี้มีความเชื่อว่าเมลาโตนินอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุในแง่ที่ช่วยเพิ่มการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและต้านอนุมูลอิสระ

2.3.2 Metabolic Theory of Aging / Calorie Restriction เสนอว่าทุกเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะมีการกำหนดที่แน่นอนถึงระยะ/ช่วงเวลาของกระบวนการเผาผลาญ

(Metabolic lifetime) ดังนั้นหากมีการเผาผลาญหรือ metabolism ที่เผาผลาญอย่างรวดเร็วก็จะทำให้อายุเซลล์เนื้อเยื่อสั้นลง

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

ข. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา (Sociologic Theories Aging)

ทฤษฎีนี้มองการสูงอายุในแง่มุมมองที่กว้างขึ้นในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่ ทฤษฎีสูงอายุทางสังคมที่มีการกล่าวถึงได้แก่

1. ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าการสูงอายุเป็นลักษณะของกิจกรรมที่มีการพัฒนาด้วยตัวของมันเอง มีรูปแบบลักษณะแบบแผนที่เป็นไปตามสังคมปกติเมื่อบุคคลก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการปรับตัวกิจกรรมให้เหมาะสมตามสังคม เช่น มีการถอนตัวจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเข้าสู่วัยชรา ทั้งนี้เพื่อคงความสมดุลให้แก่สังคมที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทของผู้สูงอายุที่ถดถอยตัวออกมา

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

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

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

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

ค. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological Theories of Aging)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่า การพัฒนาการของมนุษย์เป็นสิ่งที่ต่อเนื่องไม่มีการสิ้นสุด ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยาจะเป็นการรวมทั้งทฤษฎีทางชีวภาพ และทางสังคม ร่วมกันอธิบายกระบวนการสูงอายุ ซึ่งทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยานั้นสามารถแบ่งเป็นกลุ่ม ทฤษฎีที่สามารถอธิบายกลไกทางจิตวิทยาได้ดังนี้

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

2. ทฤษฎีเอกัตบุคคลของจุง (Jung's Theory of Individualism) ทฤษฎีนี้เสนอว่า บุคลิกภาพของบุคคล มีทั้งลักษณะที่เปิดเผยต่อโลกภายนอก (Extrovert) และลักษณะส่วนภายในของบุคคล (Introvert) สมดุลระหว่าง 2 ลักษณะนี้จะแสดงถึงความเป็นบุคคลนั้นๆ ซึ่งสำคัญต่อสุขภาพจิตของบุคคล เมื่อบุคคลอายุเพิ่มมากขึ้นบุคลิกภาพจะเริ่มเปลี่ยนจากการมองภายนอกมุ่งที่สร้างหรือมองตนเองในตำแหน่งที่อยู่ในสังคมภายนอก เป็นการมองเข้ามาภายในตน บุคคลจะมีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ตามแนวคิดของจุงนั้นจะมองเข้ามาภายในตนและเห็นคุณค่าของตนมากกว่าจะมองเห็นแต่ความสำคัญหรือเสื่อมถอยของร่างกาย บุคคลจะต้องสามารถยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและข้อจำกัดที่เกิดขึ้นได้

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

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

ความชราเป็นปรากฏการณ์ที่มีความหลากหลายมีทฤษฎีมากมายที่ได้รับการเสนอว่ามีส่วนร่วมในกระบวนการชรา จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนที่แตกต่างกันซึ่งยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด ในกระบวนการเกิดของแต่ละทฤษฎีจะมีส่วนที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องกันไปซึ่งยังต้องการการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาสาเหตุของความชราต่อไป (Roach, 2000)

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

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

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

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบว่าหนังกำพร้า(epidermis)จะมีความชื้นลดลงผิวแตกง่าย บางลงเล็กน้อยทำให้ลอกหลุดได้ง่าย Melanocytes ลดน้อยลง ทำให้สีผิวและขนหงอกขาว หนังแท้ (dermis) จะมีความหนาลดน้อยลงและ collagen ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีด เหนือออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลงและ ต้องใช้เวลานานขึ้น ไขมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปีแต่จะแตกต่างกันไป ส่วน ไขมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อม เหนือลดลงทำให้เหนื่อออกน้อยลง ต่อมกลืนลดลงทำให้กลืนตัวลดลง ต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้นแต่หลังไขมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กงดด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รูขุม

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

ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมลงพบได้บ่อยคือรูม่านตาเล็กลงตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

3. ระบบกล้ามเนื้อ การขาดโปรแตสเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุทำให้การหดตัวสูงสุด ของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง เลือดที่ไหลผ่าน กล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวม จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง

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

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

6. ระบบทางเดินอาหาร กระเพาะอาหารจะหลังกรดและน้ำย่อยลดลง เป็นผลทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่าการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าการดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าเยื่อลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนานเป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ท่อน้ำตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin ตับมีขนาดเล็กลงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้

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

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

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

9. ระบบสืบพันธุ์ เพศชายลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็ก เซลล์สุจิมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลง การสร้างเชื้อสุจิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลง และมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเชื้อสุจิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ การสร้างฮอร์โมน testosterone น้อยลงทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เพศหญิงพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดลดลง มี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่างๆ ลดลงมีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น เยื่อบุภายใน cecum จะเสื่อมหายไป แต่มีเยื่อพังผืด

มาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง Atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่ เมื่ออายุมากขึ้นรอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45-50 ปีประจำเดือนจึงเริ่มขาดรังไข่จะฝ่อ เล็กลงและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

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

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุทุกคนและยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความชราของ Green (1981 อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความชราจะต้องมีลักษณะ “ปรากฏเสมอ” (Universal) “เสื่อม” (Degenerative) “ดำเนินต่อเนื่อง” (Progressive) และ “เหตุจากปัจจัยภายใน” (Intrinsic) ช่วย ให้เข้าใจถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากวัยชรากับวัยเจริญเติบโตได้ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่มิพบาปให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจถึงกระบวนการสูงอายุเพื่อนำไปประกอบในการให้การพยาบาลช่วย เหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

ความตาย (Death) มีที่มาจากคำกริยาในภาษาเยอรมัน ย้อนกันไปถึงภาษาอินโด-ยูโร เปียนว่า dheu ซึ่งเหมือนกับคำว่า die ในภาษาอังกฤษ แปลตามตัวว่า “act or process of dying” ในพจนานุกรมอเมริกัน (American Heritage Dictionary) ให้ความหมายคำว่า Death ว่าเป็น การสิ้นสุดของชีวิตหรือของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง (กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย, 2549)

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

ความเชื่อเรื่องความตาย แนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นการสรุปความคิดของบุคคลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ตามความสามารถของการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความหมายของความตายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

3.1 ความหมายของความตายทางการแพทย์

ในอดีตที่ผ่านมาการวินิจฉัยความตายเป็นสิ่งที่ไม่สลับซับซ้อน คือ ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันทำให้การวินิจฉัยความตายต้องกระทำด้วยความรอบคอบระมัดระวัง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถปรับแก้ประคองระบบต่างๆ ให้ทำงานต่อไปได้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจก็สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทนการหายใจ สามารถนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ ส่วนระบบไหลเวียนโลหิตสามารถใช้เครื่องมือและยาต่างๆ กระตุ้นให้หัวใจทำงานต่อไปได้ ซึ่งการปรับแก้ประคองเหล่านี้ทำให้มีเวลารักษาพยาบาลสภาพหรือโรคต่างๆ ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพดังกล่าว รรบบต่างฟื้นกลับเป็นปกติ แต่มีระบบหนึ่งที่เมื่อเกิดเสียหายแล้ววิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ คือ ระบบประสาท เมื่อเกิดการทำลายของแกนสมองอย่างถาวรซึ่งเรียกว่า “สมองตาย” ผู้ป่วยจะหยุดหายใจต่อมาหัวใจจะหยุดเต้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยการหายใจต่อไป และใช้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจไปได้อีกชั่วคราว แต่ผู้ป่วยจะไม่ฟื้นและในที่สุดหัวใจจะหยุดเต้น ซึ่งระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นความหมายของการตายในปัจจุบัน หมายถึง สมองตาย คือ การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมอง (Brainstem) โดยสิ้นเชิงตลอดไป (рінเรจ ลีลานุกรม, 2549)

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

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

การตาย หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของร่างกาย การดับหรือการหยุดของชีวิตในทางปฏิบัติ ได้แก่ การหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ร่างกายไม่สามารถรับออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เซลล์ต่างๆ ขาดออกซิเจนไม่สามารถสร้างพลังงานและตายในที่สุด แต่ความเป็นจริงแล้ว

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

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

3.2 ความหมายความตายทางสังคม ความเชื่อ และศาสนา

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

ความตาย ความหมายทางพุทธศาสนา

พุทธศาสนากำหนดสภาพความเป็นชีวิตของมนุษย์อยู่ที่ยี่สิบส่วนประกอบต่างๆ คือ ขันธ์ 5 หรือกายกับจิตประชุมเข้าด้วยกัน ทำงานประสานสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่เมื่อใดชั่วขณะที่ขันธ์ 5 หรือกายกับจิตดับลง คือไม่สามารถดำรงสภาพดังกล่าวจุดนั้นเรียกว่า ความตาย ดังปรากฏคำอธิบายในพระไตรปิฎกว่า (ถนุญา วาสิน, 2541)

“ผู้ตายไม่ว่าเป็นมนุษย์หรือสัตว์ ทั้งกายและสังขาร คือลมหายใจเข้าออกก็ดับไป วิจิสังขารได้แก่ วิตก วิจาร์ คือความตรึกตรองก็ดับไป และจิตสังขาร คือสัญญาและเวทนา คือความกำหนดได้หมายรู้ก็ดับไป อายุก็สิ้นไป ไอรุ่นคือไปที่เกิดแก่กรรมก็สงบ อินทรีย์ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก็แตกทำลายไป” หรือ

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

“ความสิ้นไป ความเสื่อมไป ความแตก ความทำลาย ความไม่เที่ยง ความหายไปแห่งธรรมเหล่านั้นอันใดนี้เรียกว่า มรณะ” เป็นต้น

ชั้น 5 หรือเบญจชั้น หมายถึง กองแห่งรูปธรรมและนามธรรมห้าหมวดที่ประชุมกันเข้าเป็นชีวิต (พระธรรมปิฎก, 2546) ซึ่งประกอบด้วย

1. รูปชั้น กองรูป ส่วนที่เป็นรูป ร่างกาย พฤติกรรม และคุณสมบัติต่างๆ ของส่วนที่เป็นร่างกาย ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด สิ่งที่เป็นร่างพร้อมทั้งคุณและอาการ
2. เวทนาชั้น กองเวทนา ส่วนที่เป็นการเสวยรสอารมณ์ ความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉยๆ
3. สัญญาชั้น กองสัญญา ส่วนที่เป็นความกำหนดหมายให้จำอารมณ์นั้นๆ ได้ ความกำหนดได้หมายรู้ในอารมณ์ 6 เช่นว่า ขาว เขียว ดำ แดง เป็นต้น
4. สังขารชั้น กองสังขาร ส่วนที่เป็นการปรุงแต่ง สภาพที่ปรุงแต่งจิตให้ดีหรือชั่วหรือเป็นกลางๆ คุณสมบัติต่างๆ ของจิตมีเจตนาเป็นตัวนำที่ปรุงแต่งคุณภาพของจิตให้เป็นกุศล อกุศล อัปปยากฤต

5. วิญญาณชั้น กองวิญญาณ ส่วนที่เป็นการรู้แจ้งอารมณ์ ความรู้อารมณ์ทางอายตนะทั้ง 6 มีการเห็น การได้ยิน เป็นต้น ได้แก่ วิญญาณ 6

ชั้น 5 นี้ย่อมาลงมาเป็น 2 คือ นามและรูป รูปชั้นจัดเป็นรูป 4 ชั้นนอกจากเป็นนามอีกอย่างหนึ่งจัดเข้าในปรมัตถธรรม 4 วิญญาณชั้นเป็นจิต เวทนาชั้น สัญญาชั้น และสังขารชั้นเป็นเจตสิก ส่วนนิพพานเป็นชั้นวิมุตติ คือ พ้นจากชั้น 5

พระมหาสิงห์ทน คำขาว (2542) กล่าวว่า ตามทัศนะแห่งพุทธศาสนาถือว่าความตายไม่ใช่สิ่งที่เราจะหลีกเลี่ยงพ้น เป็นกฎเกณฑ์ที่จะเปิดความลึกกลับของชีวิต ความตายเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิต และท่านกล่าวถึงชีวิตไว้ว่า การเกิดของสิ่งมีชีวิตเกิดขึ้นจากการรวมกันของนามและรูปที่เรียกว่าชั้น 5 คนเราเกิดมาก็เพราะชั้น 5 รวมกัน ได้แก่ รูปชั้นส่วนที่เป็นร่างกาย เวทนาชั้นส่วนที่เป็นการรู้สึก สัญญาชั้นส่วนที่ทำหน้าที่กำหนดได้หมายรู้ สังขารชั้นส่วนที่ปรุงแต่งจิตใจ และวิญญาณชั้นส่วนที่รู้แจ้งอารมณ์ ชั้น 5 ประกอบขึ้นเป็นสัตว์ เป็นบุคคลที่มีรูปร่างลักษณะต่างๆ ตามกฎแห่งเหตุผล ในส่วนของความตายพระมหาสิงห์ทน คำขาว กล่าวว่า ตามมติของพุทธโฆษาจารย์ที่ให้ไว้ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค หมายถึง การเข้าไปตัดอินทรีย์คือ ชีวิต ได้แก่ การสิ้นชีวิตของสัตว์โลกในภพหนึ่งๆ โดยปกติการสิ้นชีวิตซึ่งกำหนดเอาชาติหนึ่งซึ่งสมสติดังนั้นว่าเป็นคน สัตว์ อัตตา (Soul) เป็นต้น แต่ตามหลักพระอภิธรรมความตายเกิดขึ้นแก่สังขารคือสิ่งที่เกิดขึ้นเพราะเหตุปัจจัยทั้งนามและรูปซ้ำแล้วซ้ำเล่า ดังนั้นความตายจึงเกิดขึ้นทุกขณะ

ในทัศนะของพุทธศาสนาสาเหตุของความตายสามารถพิจารณาได้หลายระดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความตายพุทธศาสนามีหลักธรรมที่อธิบายว่าเหตุใดมนุษย์ต้องมีสภาพเป็นสิ่งที่ต้องตายอยู่ 2 หมวด คือ หลักธรรมที่เรียกว่าไตรลักษณ์ และหลักธรรมที่ปรากฏอยู่ในเรื่องสังสารวัฏ โดยพิจารณาตามลำดับดังนี้

1. ไตรลักษณ์ พุทธศาสนาจำแนกธรรมหรือสิ่งทั้งหลายทั้งปวงที่ทรงตัวอยู่ออกเป็น 2 อย่าง คือ

1) สังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่มีปัจจัย สภาวะที่เกิดจากปัจจัยปรุงแต่งขึ้น สภาวะที่ปัจจัยทั้งหลายมารวมกันแต่งสรรพขึ้น สิ่งที่ปัจจัยประกอบเข้าหรือสิ่งที่ปรากฏและเป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สังขาร หมายถึง สภาวะทุกอย่างทั้งทางวัตถุและจิตใจ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม ทั้งที่เป็นโลกียะและโลกุตระ ทั้งที่ดีชั่วและที่เป็นกลางๆ ทั้งหมดเว้นแต่นิพพาน

2) อสังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ไม่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่ไม่มีปัจจัย หรือสภาวะที่ไม่เกิดปัจจัยปรุงแต่ง ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า วิสังขาร ซึ่งแปลได้ว่า ปลอดสังขาร หรือสภาวะที่ไม่มีปัจจัยปรุงแต่งหมายถึง นิพพาน

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

1) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความเปลี่ยนแปลง ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป

2) ทุกขตา คือ ความเป็นทุกข์ ความคงทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่องหรือขัดแย้งอยู่ในตัว

3) อนัตตตา คือ ความไม่มีตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง

ความตายหากพิจารณาในกรอบของไตรลักษณ์ก็คือ รูปแบบหนึ่งของอนิจจตาและทุกขตา หรือความไม่เที่ยง ความคงทนของสภาพชีวิตอยู่อย่างเดิมไม่ได้หากแต่ต้องแตกสลายหรือตายไปเป็นธรรมดา ในแง่หนึ่งหากพิจารณาให้ละเอียดลงตามหลักปรมัตถ์ ความเป็นอนิจจตาและทุกขตาหรือความไม่เที่ยง ความเปลี่ยนแปลงตลอดจนความตายย่อมเกิดขึ้นกับมนุษย์หรือนามรูปนี้อยู่ทุกขณะตลอดเวลา

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

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

ในคัมภีร์วิสุทธิมรรค พระพุทธโฆษาจารย์จำแนกความตายออกเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้ (มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2510 อ้างถึงใน ญญา วาสิน, 2541)

1. ความขาดแห่งชีวิตินทรีย์ที่เนื่องอยู่กับภพอันหนึ่งชื่อว่า มรณะ
2. สมุจเฉทมรณะ คือความสิ้นไปอย่างเด็ดขาดแห่งวิญญูทุกข์ของพระอรหันต์ทั้งหลาย
3. ขณิกมรณะ คือความดับในขณะแห่งสังขารทั้งหลาย
4. สมมติมรณะ คือความตายโดยสมมติของชาวโลก เป็นคำที่ใช้สื่อสารกันในชีวิตประจำวัน เช่น ตันไม้ตาย รตตาย นาฬิกาตาย เป็นต้น

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

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

พุทธศาสนาจำแนกสาเหตุของความตาย หรือที่เรียกในภาษาบาลีว่า มรณุปัตติ แปลว่า การเกิดขึ้นแห่งความตาย ไว้ 4 ประการ คือ (มหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2520 อ้างถึงใน ญญา วาสิน, 2541)

1. อายุกขยมรณะ ตายเพราะสิ้นอายุ หมายความว่า สัตว์ทั้งหลายต้องตายโดยสิ้นอายุ เพราะสัตว์ทุกชนิดย่อมจะมีชีวิตอยู่ภายในขอบเขตของอายุขัย สัตว์ทั้งหลายมีอายุมากบ้างน้อยบ้าง เมื่อผ่านพ้นวัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยกลางคนไปแล้วก็สู่วัยชรา จากแรกเริ่มชรา น้อยไปหาชรามากที่สุด ทำยสุดก็สิ้นอายุเวลา เรียกว่า ตายเพราะสิ้นอายุ
2. กัมมกขยมรณะ ตายเพราะสิ้นกรรม หมายความว่า การที่สัตว์ทั้งหลายเกิดขึ้นมาและเป็นไปต่างๆ นานา นั้น อาศัยกำลังของกรรมหล่อเลี้ยงหรือสนับสนุนไว้ หากหมดกำลังของกรรมเมื่อใด ผู้นั้นก็จะถึงแก่ความตาย
3. อุภยกขยมรณะ ตายเพราะสิ้นอายุและสิ้นกรรม หมายความว่า บุคคลถึงแก่ความตายด้วยเหตุทั้งสอง คือ สิ้นอายุ แก่เฒ่า อายุมาก ร่างกายก็หมดกำลัง ทั้งกรรมที่สนับสนุนให้คงชีวิตอยู่ก็หมดลงด้วย
4. อุปัจเฉทมรณะ ตายเพราะอุบัติเหตุ หมายถึง ความตายของผู้มีอายุยังมีครบกำหนด หรือยังมีถึงอายุขัยและยังไม่สิ้นกรรมแต่ผู้นั้นก็มาเสียชีวิตลงก่อน อาจจะด้วยอุบัติเหตุต่างๆ แต่กระนั้นการตายในลักษณะนี้ก็อาศัยกรรมแต่อดีตเป็นแรงส่งให้เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับการตายทั้ง 4 ประการนี้ มีการเปรียบไว้กับดวงประทีปที่ใช้น้ำมัน กล่าวคือ ชีวิตทั้งหลายเปรียบเหมือนประทีปหรือโคมไฟที่อาศัยน้ำมัน ธรรมดาโคมไฟที่อาศัยน้ำมันนั้นไฟจะดับได้ก็ด้วยเหตุ 4 ประการ ได้แก่ (ณัฏฐา วาสิน, 2541; วสิน อินทสระ, 2531)

1. เพราะเหตุที่น้ำมันหมด เมื่อโคมไฟหมดน้ำมันไฟก็จะดับ ข้อนี้หมายถึงชีวิตทั้งหลายจะถึงแก่ความตายเมื่อสิ้นอายุ

2. เพราะเหตุที่ไส้หมด เมื่อโคมไฟหมดไส้ไฟก็จะดับ หมายถึงชีวิตทั้งหลายเมื่อสิ้นกำลังของกรรมที่จะสนับสนุนให้มีชีวิตคงอยู่แล้ว ก็ถึงแก่ความตาย

3. เพราะเหตุที่หมดทั้งน้ำมันและหมดไส้ เมื่อโคมไฟหมดทั้งน้ำมันและหมดไส้ หมายถึงชีวิตทั้งหลายต้องดับสลายไปเพราะหมดอายุและกำลังของกรรมที่จะให้คงอยู่

4. เพราะเหตุที่มีอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ลมพัดไฟดับ หรือมีอะไรที่มาทับทำให้ไฟดับ เมื่อโคมไฟถูกลมพัดดับ หมายความว่า ในกรณีที่ยังไม่สิ้นอายุและยังไม่สิ้นกรรมแต่ต้องตายด้วยได้รับอุบัติเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง

ความตายหรือจุดขณะที่ขั้น 5 หรือกายกับจิตไม่สามารถประชุมกันได้อีกต่อไปเป็นช่วงเวลาที่ยาวหรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพียงแค่ขณะจิตเดียว แต่ก่อนที่จะเกิดขณะแห่งความตายดังกล่าว ปราภฏการณของภาวะใกล้ตายย่อมเกิดขึ้นเสมอในช่วงเวลาที่มนุษย์จะตายลงจริงๆ หรือที่เรียกว่า “มรณาสันนกาล” จะมีอารมณ์เกิดขึ้น โดยมากเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นทางจิต ทั้งนี้เพราะขณะก่อนดับจิตนั้นประสาทสัมผัสไม่ว่า ตา หู จมูก ลิ้น หรือกาย ต่างก็อ่อนกำลังหรือหมดความรู้สึกลง คงเหลือแต่จิตที่ยังคงทำงานในระดับภวังค์ (คือจิตในขณะที่ทำงานอยู่โดยไม่มีความรู้สึกตัว) จิตจะจับอารมณ์ที่เป็นอดีตเป็นส่วนใหญ่ เพราะไม่อาจรับรู้สิ่งที่ปัจจุบันได้ และอารมณ์ของจิตที่เกิดขึ้นในขณะที่ใกล้จะตาย จะมีวิจิตรเกิดขึ้นเรียกว่า “มรณาสันนวิถิ” คือวิถิจิตใกล้ดับจิตหรือใกล้ตาย จะรับอารมณ์ครั้งสุดท้ายอันเป็นบุญหรือบาปของบุคคลที่ใกล้จะตาย ซึ่งได้แก่ กรรม กรรมนิमित และคตินิमित บุคคลผู้จะถึงแก่ความตายจะต้องผ่านเขตมรณาสันนกาลและมรณาสันนวิถิ แล้วหลังจากนั้นจึงจะจุติตายไปจากภพชาติ ในคัมภีร์อภิธรรมมัตถสังคหะและอภิธรรมมัตถวินิยกร (มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2520 อ้างถึงใน ณัฏฐา วาสิน, 2541) กล่าวถึงอารมณ์ทั้ง 3 ประการ ไว้ดังนี้

1. กรรม หมายถึง กรรมหรือการกระทำที่บุคคลผู้กำลังจะตายนั้นได้กระทำไว้ในชีวิตที่ผ่านมา จะเป็นกรรมดีหรือกรรมชั่วก็ได้ แล้วแต่กรรมที่เคยทำมาชนิดไหนมีกำลังมากจะทำหน้าที่เป็นชนกกรรม กรรมที่บุคคลนี้ถึงก่อนที่จะดับจิตนี้บางที่เรียกว่า อาสันนกรรม แปลว่า กรรมใกล้ดับจิต กรรมชนิดนี้จะส่งผลแก่ผู้กำลังจะตายก่อนกรรมอื่นๆ ทั้งหมด การนี้ถึงกรรมที่เคยทำไว้ตอนกำลังจะดับจิตนี้ เป็นนิमितประการแรกที่จะเข้ามาเป็นอารมณ์จิตของบุคคลที่กำลังจะตายตามปกติการให้ผลของกรรมจะเป็นไปตามลำดับของความหนักเบาของกรรม ถ้ามีบุญกรรมหรือกรรมหนักอยู่ก็จะให้ผลก่อนกรรมอื่นๆ ทั้งหมด หากไม่เคยทำบุญกรรมไว้ อกุศลกรรมหรืออกุศล

กรรมอันได้แก่กรรมที่ทำไว้มากจะเข้าให้ผลก่อนกรรมอื่นๆ ดังนั้นถ้ามีกรรมอยู่ก็จะมาเป็นชนกกรรมหรืออาสนกรรมของบุคคลที่กำลังจะดับจิต โอกาสที่กรรมซึ่งเขาทำใหม่ตอนใกล้ดับจิตจะให้ผลนำไปเกิดหลังจากตายแล้วนี้มีไม่มากนัก

2. กรรมนิมิต อารมณ์ประการที่สองที่จะปรากฏแก่จิตของบุคคลที่กำลังจะตาย ได้แก่ กรรมนิมิต คำว่ากรรมนิมิตในที่นี้หมายถึง อุปกรรมที่ให้กระทำกรรม การนึกถึงอุปกรรมที่ใช้กระทำกรรมนี้เป็นไปอัตโนมัติ คือเมื่อนึกถึงกรรมก็ย่อมนึกถึงเครื่องมือหรืออุปกรรมที่ใช้กระทำกรรมๆ กันไป เช่น การนึกถึงกรรมคือการฆ่าสัตว์ก็ต้องนึกถึงสิ่งที่ใช้ฆ่าพร้อมกันไปด้วย เช่น ปืน มีด แห เบ็ด เป็นต้น ถ้าเป็นการกุศล เช่น การใส่บาตรพระ อุปกรรมที่ใช้ในการทำกรรมเช่นนั้นก็ได้แก่ ข้าวปลาอาหารที่ใช้ใส่บาตร อุปกรรมที่ใช้กระทำกรรมโดยมากจะปรากฏแก่จิตพร้อมๆ กับที่เขานึกถึงกรรม

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

1) เกิดในภพพรหม เมื่อจุติจิตดับนั้นย่อมจะเห็นเปลวไฟร้อนระอุมาก หรืออาจเห็นภูตผีปีศาจรูปร่างน่าเกลียดน่ากลัวเป็นอันมาก หรือเห็นภาพปีศาจมาหลอกหลอนจุดกระชากลากตัวไป หรือสัตว์นรกมาจิกเนื้อหนัง มีความตกใจมากเมื่อเห็นภาพนั้น ผู้ใกล้ตายจะร้องเอะอะ วิงวอนขอความช่วยเหลือ จะเห็นได้ชัดว่าใบหน้าของผู้กำลังจะตายมีลักษณะซีดเผือด เจ็บปวด ทรมาน หน้าตาบูดเบี้ยว ลืมตาโพล่ง ดังนั้นบุคคลผู้ตายจะต้องไปเกิดในโลคนรกหรือทุคติแน่นอน

2) เกิดในภพเปรต ถ้าผู้ตายจะไปเกิดเป็นเปรตอสุรกาย ย่อมเห็นคตินิมิตเป็นหุบเขาหรือถ้ำอันมืดมิดอึดอัดมองไม่เห็นอะไร มีความหิวอาหารและกระหายน้ำเป็นกำลัง บางครั้งอาจเห็นภาพที่มีน้ำเลือดน้ำหนองเหม็นเน่าน่ารังเกียจสะสมติดสละเยียน ดังนั้นชี้ให้เห็นว่าบุคคลผู้นั้นจะได้ไปเกิดเป็นเปรตนรก ก่อนจะตายบุคคลผู้นั้นมักจะขอน้ำเพราะหิวกระหายจนคอแห้งผาก กระสับกระส่ายทรมานทรมานเห็นได้ชัด ดังนี้ เป็นต้น

3) เกิดในภพเดรัจฉาน บุคคลที่จะไปเกิดเป็นสัตว์เดรัจฉาน ย่อมเห็นคตินิมิตเป็นทุ่งหญ้า ป่าไม้ เชิงเขา ชายป่าภูเขา แม่น้ำ บางทีก็เห็นเป็นรูปสัตว์ต่างๆ เช่น ช้าง ม้า วัว ควาย นก ฯลฯ เหล่านี้เป็นต้น จะมาปรากฏให้เห็นชัดทางมโนทวาร ดังนี้เป็นนิมิตบ่งชี้ให้รู้ว่าบุคคลผู้นั้นจะไปบังเกิดเป็นสัตว์เดรัจฉาน

4) เกิดในภพมนุษย์ บุคคลผู้ตายจะกลับมาเป็นมนุษย์นี้อีก ย่อมเห็นนิมิตในขณะที่จะดับจิตเป็นก้อนเนื้อ คือ เห็นเป็นก้อนเนื้อเล็กๆ อยู่ในครรภ์มารดา หรือเห็นครรภ์มารดาในชาติที่จะไปเกิดใหม่นี้ ก็เป็นนิมิตชี้ให้รู้ว่าจะต้องกลับมาเกิดเป็นมนุษย์อีก

5) เกิดในภพสวรรค์ บุคคลจะตายย่อมเห็นภาพนิมิตที่เป็นภพสวดยสดงามวิจิตรพิสดาร ซึ่งไม่มีให้เห็นในโลกมนุษย์ อาจจะเป็นประสาธตราชวัง เทวดา นางฟ้า นางสวรรค์ เครื่องตกแต่งสถานที่อยู่อาศัยก็วิเศษสวยงามไปทั้งสิ้น ขณะบุคคลผู้จะตายนั้นหลับตาสนิทงมักจะยืมปรากฏนใบหน้า แสดงว่าได้คตินิมิตที่จะไปเกิดในสวรรค์

การปรากฏให้เห็นของคตินิมิตแก่ผู้ที่กำลังจะตายนี้นั้น ส่วนมากจะเป็นการเห็นทางมโนทวารหรือทางใจ ทำนองเดียวกับภาพที่เห็นในฝัน แต่ก็อาจปรากฏให้เห็นทางจักขุทวารหรือทางตาอย่างที่ย่อมเห็นสิ่งต่างๆ ได้เหมือนกัน อนึ่งคตินิมิตอันเป็นสัญลักษณ์ของภพภูมิใหม่สำหรับผู้ที่กำลังจะตายที่จะไม่เกิดขึ้นนี้ ย่อมสัมพันธ์กับสภาพหรือภูมิจิตของผู้ตายเป็นสำคัญ พุทธิภาพทางจิตใจในช่วงมรณาสันนกาลนี้จะต้องมีอารมณ์อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมดดังกล่าวมานี้เป็นอารมณ์เสมอและทุกคนไป เมื่อช่วงมรณาสันนกาลนี้สิ้นสุดลงจิตของผู้ที่กำลังจะตายผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถี ภาวะมรณาสันนกาลนี้อาจเกิดเพียงครั้งเดียวแล้วผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถีเลยก็ได้ หรืออาจเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ กลับไปกลับมาเป็นเวลานานหลายชั่วโมงหรือหลายวันก็ได้ เมื่อถึงเวลาตายจริงๆ จิตของผู้กำลังจะตายจะผ่านเข้าสู่มรณาสันนวิถี พอสิ้นสุดมรณาสันนวิถีจิตที่จิตซึ่งเป็นจิตดวงสุดท้ายของชีวิตนี้จะเกิดขึ้น จิตจิตตั้งอยู่เพียงชั่วขณะเดียวก็ดับ พอจิตจิตดับไปชีวิตในปัจจุบันของบุคคลก็สิ้นสุดลงทันที จากขณะนั้นไปบุคคลนั้นก็ชื่อว่าตายแล้ว (สุนทร ธีร วังสี, 2530)

ความตายตามความเข้าใจของคนทั่วไปมักจะหมายถึงความสิ้นสุดของชีวิตโดยพิจารณาการหยุดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แต่มุมมองของพระพุทธศาสนาความตายมีความหมายกว้างขวางกว่าความเข้าใจของคนทั่วไปอย่างมาก หากพิจารณาธรรมหรือคำสอนของพระพุทธเจ้าให้ละเอียดจะเห็นว่าธรรมะหรือคำสอนของพระพุทธเจ้านั้น แท้จริงก็คือการกล่าวถึงความจริงที่เป็นจริงโดยไม่ขึ้นต่อหรือไม่ถูกจำกัดด้วยมิติของเวลา(อกาลิโก)กรณีความตายก็เช่นกัน โดยทั่วไปคำว่าตายมักจะถูกบัญญัติขึ้นมาเพื่อใช้เรียกสภาพหรืออาการที่แสดงถึงความสิ้นสุดหรือดับลงของสิ่งต่างๆ เมื่อกล่าวเฉพาะมนุษย์เมื่อใดที่ชีวิตของบุคคลได้สิ้นสุดลง คนทั่วไปก็เรียกว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย ตามทัศนะของพุทธศาสนาแม้จะถือว่าการที่ชีวิตของบุคคลสิ้นสุดลงจะเรียกว่า “ความตาย” โดยพุทธศาสนาเรียกความตายในลักษณะนี้ว่า ความขาดแห่งชีวิตินทรีย์หรือความสิ้นชีวิตจากภพชาติ แต่ความตายในพระพุทธศาสนาก็มิได้หมายเอาเฉพาะการสิ้นหรือดับลงแห่งชีวิตในภพชาติหนึ่งๆ เท่านั้น แต่ความตายยังหมายรวมไปถึงความดับลงของนามรูปหรือกายกับจิตในขณะหนึ่งๆ ด้วย เพราะชีวิตมนุษย์ประกอบด้วยขันธ์ 5 หรือกายกับจิตนี้แท้จริงมิได้สิ้นสุดหรือดับลงเฉพาะเมื่อสิ้นลมหายใจเท่านั้น หากแต่เกิดดับสืบทอดกันอยู่ทุกขณะ การดับลงในขณะหนึ่งๆ ของกายกับจิตนั้นพุทธศาสนาเรียกว่า ขณิกมรณะ ในแง่ที่ย่อมถือได้ว่ามนุษย์เกิดและตายตลอดเวลา เพราะขันธ์ 5 หรือกายกับจิตนี้ย่อมเกิดดับสืบทอดกันไปจนกว่าจะเข้าถึงอนุภาติเสสนิพพาน (ถนัญญา วาสิน, 2541)

ในเรื่องเกี่ยวกับความตายพุทธศาสนาเห็นว่า แม้ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้แน่นอน แต่หากมนุษย์รู้และเข้าใจความหมายที่แท้จริงความตายก็ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวเพราะความตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ที่เป็นไปตามธรรมชาติของชีวิต ความตายตามความหมายของพุทธศาสนาเป็นเพียงแต่การแตกดับในครั้งหนึ่งๆ ของขันธ์ 5 หรือการแตกดับลงของนามรูปในชาติหนึ่ง (เพราะการขาดสิ้นแห่งชีวิตินทรีย์) ความตายเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงช่วงหนึ่งของกระแสชีวิตที่หมุนเวียนอยู่ในสังสารวัฏ การตายแล้วเกิดจะยังคงดำเนินต่อไปตราบเท่าที่เหตุปัจจัยคือ กิเลสยังมิถูกทำลาย เมื่อใดหากมนุษย์สามารถกำจัดกิเลสอันเป็นเหตุปัจจัยของการเวียนว่ายในสังสารวัฏได้ เมื่อนั้นการเวียนว่ายตายเกิดจึงจะสิ้นสุดลง การที่ความตายเป็นปัญหาหรือกลายเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ให้แก่มนุษย์ ก็เพราะความไม่รู้ไม่เข้าใจความจริงของชีวิตตลอดจนกระบวนการของชีวิต ในอีกแง่มุมหนึ่งของพุทธศาสนาได้ใช้ประโยชน์จากความตายโดยวิธีที่เรียกว่า มรณสติ กล่าวคือ พุทธศาสนาถือว่าการเจริญมรณสติ หรือการมีสติระลึกถึงความตายอยู่เสมอเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อชีวิต มรณสติช่วยให้มนุษย์สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างมีสติและสงบ (ถนัญญา วาสิน, 2541)

ความตาย ความหมายทางคริสต์ศาสนา

ความตายดูเหมือนจะเป็นปรากฏการณ์ที่ทุกคนรู้จักคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี แต่ละคนก็เคยมีประสบการณ์ในการไปร่วมงานพิธีฝังศพหรือเผาศพญาติสนิทมิตรสหาย ชาวคริสต์เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างโลกและสรรพสิ่งทั้งมวลรวมทั้งชีวิตของคนเราด้วย ดังนั้นโลกและสรรพสิ่งตลอดจนชีวิตของมนุษย์จึงเป็นของประทานจากพระเจ้า ตามแนวความเชื่อของชาวคริสต์ที่มีต่อความตายได้แก่ (วรยุทธ ศรีวรกุล, 2549)

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

ความหมายประการที่สองของความตายที่ชาวคริสต์รู้จักและเข้าใจกันเป็นอย่างดี คือ ความตายในฐานะที่เป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิตในโลกนี้ ชาวคริสต์ทั้งหมดต่างก็เชื่อว่าแรกเริ่มที่พระเจ้าทรงสร้างมนุษย์นั้นพระองค์ทรงโปรดประทานให้เขามีสถานะพิเศษในสวนเอเดนหรือ

สรวงสวรรค์ กล่าวคือไม่รู้จักเจ็บปวดและไม่ตาย แต่มนุษย์คู่แรกทำบาปผิดก็เลยสูญเสียสถานะดังกล่าว พระเจ้าตรัสแกอดัมว่า “เพราะเจ้ามาจากดิน เจ้าก็จะกลับคืนสู่ดิน” และผลจากบาปดังกล่าวยังตกทอดมาถึงลูกหลานทุกคน ถ้าหากเปรียบเทียบชีวิตในโลกนี้เป็นการเดินทาง ความตายเปรียบเสมือนการสิ้นสุดของการเดินทาง ดังนั้นความตายจึงไม่ใช่สิ่งน่ากลัวสำหรับคนดีแต่อย่างใด แต่สำหรับคนชั่วแล้วความตายจะเป็นสิ่งที่น่ากลัวที่สุดเพราะพวกเขาจะถูกพระเจ้าตัดสินลงโทษ ชาวเวตุนิยม อเวอนิยม และคนที่ไม่เชื่อในเรื่องโลกหน้าโลกหลังดูเหมือนว่าจะยอมรับนิยามนี้ แต่พวกเขาไม่เชื่อในเรื่องนรกสวรรค์และไม่เชื่อในชีวิตนิรันดร์ เพราะฉะนั้นความตายสำหรับพวกเขาแล้วจึงดูเหมือนเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับทุกคนไม่ว่าจะเป็นคนดีหรือคนชั่วก็ตาม เพราะเมื่อความตายมาถึงใครคนใดคนหนึ่งนั้นก็ย่อมหมายความว่าเขาหมดโอกาสที่จะทำดีทำชั่ว หมดโอกาสที่จะแก้ตัวหรือกลับใจ หมดโอกาสที่จะได้รับทุกขรับสุข หมดโอกาสที่จะสร้างเนื้อสร้างตัวหรือพัฒนาตัวเอง ฯลฯ ความน่ากลัวของความตายสำหรับคนเหล่านี้ไม่ได้อยู่ที่กลัวการตัดสินลงโทษในโลกหน้า แต่กลัวการหมดสิ้นโอกาสอย่างถาวรในโลกนี้ต่างหาก

ความตายโดยนัยที่สามที่ชาวคริสต์ยึดถือคือ ความตายในฐานะเป็นรหัสธรรมล้ำลึก (mystery) ความลึกลับของความตายอาจพิจารณาได้หลายแง่ ประการแรกความตายลึกลับในแง่ที่ว่า “ยิ่งสาวยิ่งลึก” แบบหาที่สิ้นสุดไม่ได้เหมือนโยนลูกดิ่งลงไปในมหาสมุทรที่ลึลึกและกว้างไพศาล ประการที่สองความตายความรู้เกี่ยวกับความตายเป็นสิ่งที่มาจากการสังเกตภายนอกแต่เพียงเท่านั้น ไม่มีใครเคยประสบกับความตายโดยตรงและอธิบายให้คนอื่นฟังเกี่ยวกับธรรมชาติและความหมายของประสบการณ์ดังกล่าว เพราะฉะนั้นจึงไม่แปลกที่มีคนพูดถึงหรือนิยามความตายไปต่างๆ นานา ประการที่สามเป็นการยากที่จะแสวงหาคำตอบที่น่าพึงพอใจในทางปรัชญาเกี่ยวกับการวิเคราะห์หัตถ์ศน์เรื่องความตาย ความลึกลับของความตายในเชิงเทวนิยมของชาวคริสต์ ความลึกลับของความตายพิจารณาได้สองแง่คือ แง่บวกและแง่ลบ ความตายถูกมองในแง่ลบเพราะเป็นผลมาจากบาป อดัมและเอวาได้ทำบาปผลที่ได้คือความตาย ความตายจึงเป็นสิ่งที่น่าเกลียดน่ากลัวและไม่น่าพึงปรารถนา ในอีกด้านหนึ่งของความตายถูกมองในแง่บวกถูกมองว่าเป็นวิถีหรือประตูสู่นิรันดร์ ความตายในแง่นี้ไม่ใช่จุดจบแต่เป็นจุดเริ่มต้นหรือเป็นทางผ่านไปสู่วิถีใหม่ที่ไม่เจ็บปวดทรมานและไม่รู้จักตายอีกต่อไป ความตายโดยนัยที่สามนี้จึงเป็นเงื่อนไขจำเป็นที่คนดีใช้เป็นทางผ่านไปสู่วิถีใหม่ในอาณาจักรของพระเจ้า

ชาวคริสต์ถือว่าคนเราควรจะเตรียมพร้อมไว้เสมอสำหรับความตาย แต่ไม่มีสิทธิ์เรียกหาความตายโดยการฆ่าตัวตายหรือขอร้องให้คนอื่นฆ่าเพื่อจะได้ไปพบพระเจ้าเร็วขึ้น ชาวคริสต์ถือว่าความหมายของความตายทั้งสามแบบนี้ไม่มีอะไรขัดแย้งกัน ความหมายทั้งสามต่างเสริมซึ่งกันและกันช่วยทำให้เข้าใจความตายได้ดีขึ้น

สิวลี ศิริไล (2539) ได้กล่าวถึงแนวความคิดสำคัญประการหนึ่งของชาวคริสต์เถียน คือ จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของชีวิตอันเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดได้แก่ การกลับเข้าไปสู่อาณาจักรของพระเจ้า

เจ้า มนุษย์ไม่มีสิทธิทำลายชีวิตไม่ว่าจะชีวิตตนเองหรือผู้อื่น ความตายช่วยให้ชีวิตมนุษย์พ้นจากโลกของวัตถุซึ่งมีความเห็นแก่ตัวและไม่ดีงาม และสรุปได้ว่ามนุษย์ไม่ควรปฏิเสธความตายหรือหวาดกลัวต่อความตาย แต่ควรเข้าใจว่าความตายเป็นจุดหนึ่งของชีวิตและมีความหวัง

สุวรรณา สถาานันท์ (2539) ได้สรุปความหมายของความตายในศาสนาคริสต์ไว้ว่า หมายถึง การที่วิญญาณแยกออกจากร่าง ส่วนกายเนื้อเน่าเปื่อยผุพังไปกลับคืนสู่สภาพเดิม ส่วนวิญญาณนั้นจะคงสภาพ “ชีวิต” ซึ่งต้องรับคำตัดสินให้รางวัลหรือถูกลงโทษตามผลสะสมแห่งการกระทำที่ทำด้วย “ความรัก” และ “การให้อภัย” ตามคำสั่งสอนของพระคริสต์ หรือการบาปอันผิดต่อพระเจ้าและต่อมนุษย์ด้วยกัน ความเชื่อในจุดเปลี่ยนผ่านจากชีวิตกายเข้าสู่ชีวิตจิตวิญญาณนี้มีนัยสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของมนุษย์

โดยสรุปแล้วพบว่าในทัศนะของคริสต์ศาสนานั้น ความเป็นความตายของมนุษย์เป็นไปตามประสงค์ของพระเจ้าการทำลายชีวิตมนุษย์เป็นบาป การกระทำใดๆที่เป็นการฝ่าฝืนกฎธรรมชาติและเป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์เป็นการขัดต่อประสงค์ของพระเจ้า ทัศนะเกี่ยวกับชีวิตและความตายตามคตินี้ศาสนาคริสต์สอนให้เห็นโลกทัศน์ศาสนเทวนิยมเป็นความเชื่อที่ว่า พระเจ้าสร้างโลก พระคริสต์คือผู้ไถ่บาปซึ่งล้วนแต่เป็นกระบวนการแห่งศรัทธาทั้งสิ้น

ความตาย ความหมายของศาสนาอิสลาม

บรรจง บินกาชัน (2539) กล่าวถึงสัจธรรมจากคัมภีร์กุรอ่าน ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่อัลลอฮ์ทรงประทานให้แก่มนุษยชาติในเรื่องความตายไว้ว่า “ทุกชีวิตจะต้องได้รับรสความตาย” ในอิสลามความตายมิได้เป็นการสิ้นสุดหรือเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต หากแต่มันเป็นจุดเริ่มต้นของการที่มนุษย์จะก้าวไปสู่ชีวิตที่แท้จริงและนิรันดร์ ในอิสลามมนุษย์จะไม่กลับชาติมาเกิดอีกหลังจากที่เขาตายไปแล้ว แต่อิสลามถือว่าชีวิตในโลกนี้คือการเตรียมตัวสำหรับชีวิตในโลกหน้าอันถาวร เมื่อสิ้นชีวิตลงวิญญาณจะไปรวมกันอยู่ในอีกโลกหนึ่งซึ่งเรียกว่าโลก “บารซัค” อันเป็นโลกที่คั่นกลางระหว่างโลกนี้กับโลกหน้า และเมื่อถึงวันหนึ่งซึ่งเป็นวันแห่งการสิ้นสุดทุกสิ่งทุกอย่าง ทุกชีวิตจะถูกทำให้ฟื้นขึ้นเพื่อรับรองการตัดสินการกระทำที่ดีทำไว้ในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ในโลกนี้ ชีวิตที่แท้จริงจะเป็นอย่างไรนั้นจึงขึ้นอยู่กับงานที่เขาได้ทำไว้ คำสอนของอิสลามนั้นต้องการให้มุสลิมพยายามดิ้นรนต่อสู้กับความยากลำบาก เขาไม่ได้รับอนุญาตให้ละทิ้งและวิ่งหนีชีวิตที่ขื่นขมๆ หรือเมื่อต้องเผชิญกับความโศกเศร้าและผิดหวัง ความจริงแล้วผู้ศรัทธานั้นถูกสร้างมาเพื่อการต่อสู้ มิใช่เพื่อบานั่งอมมือรอท่าไม่ทำอะไร เขาถูกสร้างมาเพื่อให้บุกมิใช่เพื่อหนี เรามีอาวุธยุทธภัณฑ์ที่ไม่มีวันหมดนั่นคืออาวุธแห่งความศรัทธาที่ไม่สิ้นคลาย และยุทธภัณฑ์แห่งความเหนียวแน่นทางศีลธรรมของเขา ท่านศาสดาได้เตือนว่าใครก็ตามที่ฆ่าตัวตายจะไม่ได้รับความเมตตาจากอัลลอฮ์ และจะไม่ได้เข้าสวรรค์ เขาจะได้รับความกริ้วโกรธจากอัลลอฮ์ และจะถูกโยนลงไปในไฟนรก

โดยสรุปแล้วในศาสนาอิสลามความตายไม่ใช่การสิ้นสุดของชีวิต เป็นวาระที่วิญญาณและร่างกายถูกแยกออกจากกันร่างกายจะหมดหน้าที่ลงและแปรเปลี่ยนเป็นดินในที่สุด ส่วนวิญญาณ

จะดำเนินต่อไปในโลกสุสานเพื่อรอการฟื้นคืนชีพใหม่ในวันปรโลก เป็นจุดเริ่มต้นของการก้าวไปสู่ชีวิตอันแท้จริง ชีวิตในโลกนี้คือการเตรียมตัวสำหรับชีวิตในโลกหน้าอันถาวร และมนุษย์จะไม่กลับชาติมาเกิดอีกหลังจากที่เขาตายไปแล้ว

ในสังคมไทยยังมีการศึกษาถึงความหมายของความตายในบริบทต่างๆ จากการศึกษาของ เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ได้ศึกษาความหมายของความตายของสังคมไทยโดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 คน พบว่ามีการให้ความหมายของความตายที่แตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ กลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าชีวิตไม่สิ้นสุดที่ความตายและเห็นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ความเชื่อดังกล่าวทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย ต่างจากทัศนะทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตายและเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย และวาสนี วิเศษฤทธิ์ (2547) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสาน พบว่ามีการให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” “หลุดพ้น” และ “ดับสูญ” ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำความดีความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น

ความหมายของความตายเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นตามความคิดและความเชื่อที่แตกต่างกัน การตีความและทำความเข้าใจอธิบายได้ใช้ฐานความคิดและมุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่ต่างกัน ทำให้นิยามของความตายแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคลในแต่ละสังคม ความเชื่อ ศาสนา และค่านิยมในสังคมนั้นๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย เป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุตระหนักได้ว่าชีวิตของตนจะอยู่ต่อไปได้อีกไม่นาน ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อความตายมีความแตกต่างกัน

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตาย

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิต เป็นกระบวนการธรรมชาติของชีวิตสิ่งที่ทุกคนจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อความตายนั้นไม่เหมือนกันเพราะมีความเข้าใจมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายที่แตกต่างกัน ดังนั้นปฏิกิริยาต่อความตายของแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้กล่าวถึงปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความตายไว้ดังนี้

1.แนวคิดการตอบสนองต่อความตายของ Kubler-Ross

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

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

บางคนอาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้ายแรง ไม่อยากเผชิญความจริง หรือไม่ต้องการให้ใครมายืนยันว่าตนเองต้องตายแน่นอน

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธมีทั้งดุร้าย อิจฉาริษยา ต่อต้าน และมีคำถามตลอดเวลา “ทำไมต้องเป็นฉัน” ซึ่งไม่มีใครสามารถตอบคำถามนี้ได้ ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดจะกระจายไปรอบด้านโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร อาจโกรธโชคชะตา วาสนา เพื่อน ครอบครัว คนรัก สังคม แพทย์ พยาบาล หรือกระทั่งตนเอง

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากจะประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพและการทำงานของอวัยวะในร่างกายลดลงแล้ว ยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตสังคมและด้านจิตวิญญาณจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความรู้สึกสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตนเองที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องตระหนักถึงความต้องการด้านร่างกายเพื่อให้สุขสบายลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และ

สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับตัวด้านจิตสังคม ได้รับการตอบสนองในด้านจิตวิญญาณและสามารถปฏิบัติตามความเชื่อได้ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับความตายสามารถที่จะเตรียมตนเองก่อนตายได้เหมาะสม การพยาบาลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดการจากไปอย่างสงบโดยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย (นิตยาสมบัติแก้ว, 2541)

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

1.1 จัดสภาพแวดล้อมมีสภาพที่เหมาะสม มีสิ่งกระตุ้นอย่างเพียงพอ

1.2 ให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากญาติและบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการตรวจเยี่ยมของพยาบาล

1.3 อนุญาตให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

2. คงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ (Maintenance of independence) พยาบาลจะต้องช่วยส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งอิสระและควมมีศักดิ์ศรี โดย

2.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและการได้รับการดูแล

2.2 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่สำหรับตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย เช่น ภาวะฉุกเฉินควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการประคับประคองจากครอบครัวผู้ป่วยอาจต้องการอยู่บ้านหรือสถานพยาบาล

2.3 สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามปกติ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การสวมแว่นตา การใส่ฟันปลอม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่ามีคุณค่า

2.4 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือได้รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลหรือญาติจะเป็นผู้กระทำ

2.5 กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพราะการดูแลจากบุคคลที่ตนรักจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้หรือควบคุมตนเองได้ดีขึ้น

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

3.1 ส่งเสริมความเชื่อมั่น ยอมรับผู้ป่วย พยาบาลต้องคำนึงถึงฐานะทางสังคม บทบาทหน้าที่ และศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เคารพในความเป็นบุคคล รับฟังและตอบสนองความต้องการ รวมทั้งการดูแลความสุขสบาย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองใน ระยะที่เหลืออยู่ให้มีคุณค่ามากที่สุด

3.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจและให้การดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความกลัว การปฏิเสธ การแยกตัว และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความจริง มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี ความคิดหรือการตัดสินใจของตนเอง มีคุณค่าแม้จะตายก็ตาม เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกัน ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจหรือล้มเหลว

3.4 ดูแลสภาพร่างกายผู้ป่วยให้สะอาด ไม่มีกลิ่น หวีผม สวมเสื้อผ้าที่เรียบร้อย เพื่อให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

3.5 ฟังและประคับประคองความรู้สึกควบคุมตนเองได้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกสถานที่ที่ต้องการ หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

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

4.1 เตรียมใจญาติในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยรายงานอาการเป็นระยะๆ ตามความเป็นจริงด้วยท่าทีที่สงบ

4.2 ให้อาสาสมัครมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้รู้สึกว่าได้ปฏิบัติหน้าที่หรือตอบแทน บุญคุณ มิได้ทอดทิ้งผู้ป่วย

5. การส่งเสริมสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ (Promotion of spiritual comfort) ได้แก่

5.1 สนับสนุนเกี่ยวกับความเชื่อปรัชญา เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักต้องการ การวิเคราะห์คุณค่าชีวิตและความตาย รวมทั้งรู้สึกผิดถ้าชีวิตยังไม่สมบูรณ์ตามความเชื่อ การ ต้องการการอภัยจากบุคคลอันเป็นที่รัก โดยเฉพาะการต้องการความรักและความหวังในชีวิต

5.2 ให้ความรักและความหวังกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง โดยปฏิบัติต่อผู้ป่วย ด้วยความนุ่มนวลมีเมตตา

5.3 พยาบาลและญาติจะต้องสนับสนุนด้านจิตวิญญาณโดยการมีสัมพันธภาพที่ ดีกับผู้ป่วย แสดงความเห็นใจ เข้าใจความรู้สึก การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ การร้องเพลง หรืออ่านบทประพันธ์ที่ผู้ป่วยชื่นชอบ

5.4 อนุญาตให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตามหลักศาสนา ความเชื่อ โดยไม่ขัดต่อการรักษาหรือรบกวนผู้ป่วยอื่น พยาบาลต้องไม่นำความเชื่อทางศาสนาของตนเองเกี่ยวกับความตายเสนอให้กับผู้ป่วย

5.5 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายที่จะเกิดขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการได้รับการห่วงใยและความนับถือ

การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความรู้สึก ปฏิภาณรรม รวมทั้งการเผชิญกับความตายของผู้ป่วยซึ่งจะมีความแตกต่างกันไป เพื่อให้การพยาบาลที่สามารถตอบสนองตรงตามความต้องการทำให้เกิดการจากไปในมรณะวิถิที่ผู้ป่วยต้องการ

การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของพุทธศาสนา

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

1. ให้ความรักและความเห็นอกเห็นใจ ความทุกข์ที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมากได้แก่ความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายไปอย่างโดดเดี่ยว ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่รุมเร้า ในยามนี้ความรักหรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น ในสภาวะที่จิตเปราะบาง อ่อนแออย่างยิ่ง ผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่เขาจะพึ่งพาได้ และพร้อมที่จะอยู่กับเขาในยามวิฤต พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่มีเงื่อนไข เขาก็จะมีกำลังใจที่จะเผชิญกับทุกข์ ภัยนานาประการที่เข้ามา ความสงบและความอ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบนิ่ง การเตือนสติอาจเป็นสิ่งจำเป็นในบางครั้งแต่พึงทำด้วยความนุ่มนวลอย่างมีเมตตาจิต สิ่งหนึ่งที่ญาติมิตรขาดไม่ได้คือ มีสติอยู่เสมอ สติช่วยไม่ให้ลืมตัวระแวงใจให้มีเมตตาความรักและความอดกลั้นอย่างเต็มเปี่ยม สำหรับผู้ที่เคยทำสมาธิภาวนาขณะที่สัมผัสตัวผู้ป่วยให้น้อมจิตอยู่ในความสงบ เมตตาจากจิตที่สงบและเป็นสมาธิจะมีพลังจนผู้ป่วยสามารถสัมผัสได้

2. ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึง ผู้ป่วยจำนวนมากนี้ไม่ถึงว่าตนเองกำลังเป็นโรคที่ร้ายแรง และอาการได้พัฒนามาถึงระยะสุดท้ายชนิดที่มีโอกาสรักษาให้หายได้น้อยมาก

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

3. ช่วยให้อึดใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสุข ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมนำผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง หรือชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน การเปิดเทปธรรมะหรือพระสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสุข นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน หรือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีต ซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อย เหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ ความมั่นใจดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์เงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้นตน

ไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจน หรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไร ย่อมเคยทำความดีที่นาระลึกถึงไม่มากนักน้อย

4. ช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้วสิ่งหนึ่งซึ่ง จะทำความทุกข์แก่จิตใจและทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “นอนตายตาหลับ”) ได้ก็คือ ความ รู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้ำ ทรัพย์สินที่ยังแบ่ง สรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะ ขออโหสิกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อย อย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมายพยายามปฏิเสธผลึกไสความตายและตายอย่าง ไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ ผู้ตายไปสู่ทุกข์ด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ ญาติมิตร ตลอดจน แพทย์ และพยาบาล ควรเปิดใจและฉับ ไวกับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ ผู้รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อน และสอบถาม ด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค้ำควรหาทางช่วยเหลือ ให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนาพบใครควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝังใจโกรธแค้นใคร บางคนควรแนะนำให้เขาให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคา ใจเนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควรในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขา ปลดปล่อยความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เขาเปิดใจและรู้สึกปลดปล่อยที่จะขอโทษหรือขอ อโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

5. ช่วยให้ผู้รู้จักปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตายชัดเจนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่ เบื้องหน้า เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนดินราก็เพราะ ยังติดยึดกับบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถพลาจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถ เกิดขึ้นได้แม้กับคนที่มิได้มีความรู้สึกผิดค้างคาใจ(ดังกล่าวในข้อ ๓.) เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิด ความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตร ตลอดจน แพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่าลูกหลาน สามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สิน ภูมิตินั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราว เมื่อถึงเวลาก็ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป ในบรรดาความติดยึด ทั้งหมดนี้ไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนากว่าความติดยึดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคน หมายถึงความดับสูญของตัวตนซึ่งเป็นสิ่งที่เขาทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึกๆคนเราต้องการ ความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสรวงสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าว

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

6. สร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ความสงบใจและความปล่อยวางสิ่งค้างคาติดขัดในใจผู้ป่วยนั้น จะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วย ในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออกมีเสียงพูดคุยตลอดเวลาหรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศลและเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้วสิ่งที่ญาติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบงดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้คร่ำครวญ ซึ่งแม้จะเพิ่มความวิตกกังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วย เพียงแค่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อนสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติหรือยามรู้ตัวเท่านั้นแม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้ นอกจากนั้นญาติมิตรยังสามารถสร้างบรรยากาศแห่งความสงบได้ด้วยการชักชวนผู้ป่วยร่วมกันทำสมาธิภาวนา อาทิจานาปานสติหรือการเจริญสติด้วยการกำหนดลมหายใจ การชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกันโดยมีการจัดห้องให้สงบและดูศักดิ์สิทธิ์ (เช่น มีพระพุทธรูปหรือสิ่งที่น่าเคารพสักการะติดอยู่ในห้อง) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างบรรยากาศแห่งความสงบและ

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

7. กล่าวคำอำลา ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะจากไปและสัญญาณชีพอันลงเป็นลำดับ หากลูกหลาน ญาติมิตร ปรารภจะกล่าวคำอำลาขอให้ตั้งสติระงับความโศกเศร้า จากนั้นกระซิบบอกข้างหูพูดถึงความรู้สึกดีๆ ที่มีต่อเขา ชื่นชมและขอบคุณในคุณงามความดีของเขาที่ได้กระทำพร้อมทั้งขอขมาในกรรมใดๆ ที่ล่วงเกิน จากนั้นก็น้อมนำจิตผู้ป่วยให้เป็นกุศลยิ่งขึ้นโดยแนะนำให้เขาปล่อยวางสิ่งต่างๆ ทั้งหลายลงเสีย อย่าได้มีความเป็นห่วงกังวลใดๆ อีกเลย แล้วให้ระลึกถึงพระรัตนตรัยหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เขานับถือ หากผู้ป่วยมีพื้นฐานทางด้านธรรมะก็ขอให้เขาปล่อยวางความสำคัญมั่นหมายในตัวตนและสังขารทั้งปวง น้อมจิตไปสู่ “ความดับไม่เหลือ” ตั้งจิตจดจ่อในพระนิพพาน จากนั้นก็กล่าวคำอำลา แม้ว่าจะได้กล่าวคำอำลาผู้ป่วยไปแล้วในขณะที่เขายังมีสติรู้ตัวอยู่ แต่การกล่าวคำอำลาอีกครั้งก่อนที่เขาจะสิ้นลมก็ยังมิมีประโยชน์อยู่ ข้อที่พึงตระหนักก็คือการกล่าวคำอำลาและน้อมจิตผู้ป่วยให้มุ่งต่อสิ่งดีงามนั้น จะเป็นไปด้วยดีก็ต่อเมื่อบรรยากาศรอบตัวของผู้ป่วยอยู่ในความสงบไม่มีการพยายามเข้าไปแทรกแซงใดๆ กับร่างกายผู้ป่วย

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

4. ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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

1. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพสิทธิของผู้ป่วย (Respect for autonomy)

หมายถึง การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีอิสระที่จะตัดสินใจและกระทำตามที่ได้ตัดสินใจบนพื้นฐานคุณค่า และความเชื่อของตน โดยปราศจากการควบคุม บังคับ หรือข่มขู่จากผู้อื่น หลักการข้อนี้ครอบคลุมทั้งการตัดสินใจและการกระทำ ซึ่งประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพสิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่

1.1 การรักษาเพื่อยืดชีวิตและการยุติหรือยับยั้งการรักษาที่ยืดชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์มีสิทธิที่จะตัดสินใจรับการรักษาที่เหมาะสม และเป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับตนเอง และมีสิทธิปฏิเสธการรักษาใดๆ ซึ่งทีมสุขภาพจะต้องยอมรับแม้ว่าจะไม่เห็นด้วยก็ตาม แต่ทั้งนี้ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเพียงพอและถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้เอง ครอบครัวของผู้ป่วยย่อมมีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งกรณีนี้เป็นประเด็นจริยธรรมที่สำคัญเมื่อจะต้องให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะการตัดสินใจว่าควรรับการรักษาที่ยืดชีวิตของผู้ป่วยหรือควรยุติการรักษาเหล่านั้น

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

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

1.2 การละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่มีความปวด ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญกับความปวด ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดมักก่อให้เกิดประเด็นจริยธรรมที่สำคัญ คือการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงการละเมิดหลักจริยธรรมเรื่องการเคารพเอกลัทธิ ทีมสุขภาพจะต้องตระหนักว่าผู้ป่วยเท่านั้นที่จะเป็นผู้ตัดสินใจความปวด แต่ก็พบว่าทีมสุขภาพส่วนหนึ่งประเมินความปวดของผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับการรับรู้ของผู้ป่วย นอกจากนี้ทีมสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการบรรเทาปวดแต่ละวิธี เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การป้องกันความขัดแย้งที่เกิดจากประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถทำได้โดยการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ หากผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ทีมสุขภาพจะต้องให้อิสระแก่ผู้ป่วยที่จะตัดสินใจ และยอมรับการตัดสินใจนั้นแม้จะไม่เห็นด้วย โดยทีมสุขภาพมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ฯลฯ ทีมสุขภาพจะต้องค้นหาบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยและบุคคลนั้นทำหน้าที่ตัดสินใจแทนร่วมกับทีมสุขภาพ

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

ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องเรื่องนี้ คือ สิ่งที่ดีหรือเป็นประโยชน์นั้นใครเป็นผู้ตัดสินใจ บางกรณีทีมสุขภาพเชื่อว่าการรักษาบางอย่างเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นการมองจากมุมมองและ

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

2.1 การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความปวด และการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยการควบคุมไม่ให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากความปวด แต่การที่ทีมสุขภาพมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการกับความปวดให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะความรู้ความสามารถในการประเมินความปวดและการให้ยาบรรเทาปวด จึงเกิดความกลัวในการให้ยาบรรเทาแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่สามารถควบคุมความปวดได้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

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

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

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

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

3.2 การให้และงดการให้อาหารและน้ำ มีการวิเคราะห์ประเด็นของการให้อาหารแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เองจากมุมมองของพุทธศาสนาว่า การให้อาหารต่างจากการรักษาเพราะวัตถุประสงค์ของการให้ต่างกัน กล่าวคือ การรักษาที่มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้น ถ้าหากรักษาเป็นระยะเวลายาวนานพอสมควรแล้วผู้ป่วยยังมีสภาพเช่นเดิมก็อาจยกเลิกการรักษาได้ แต่การให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วยไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะรักษาโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่ได้พิจารณาเลือกอาหารเป็นพิเศษ การให้อาหารแก่ผู้ป่วยมีเพียงวัตถุประสงค์เดียวคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้เท่านั้น ดังนั้นการหยุดให้อาหารแก่ผู้ป่วยจึงเป็นการผิดจริยธรรมของพุทธศาสนา เพราะเท่ากับเป็นการทำลายชีวิตโดยตรง

4. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรม/เสมอภาค (Justice) ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับความยุติธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สำคัญคือ จะกระจายทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดความยุติธรรมได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยและราคาแพงซึ่งใช้ในการรักษาเพื่อยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งที่สำคัญคือจะใช้หลักเกณฑ์ใดในการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดให้เกิดความยุติธรรมสูงสุด นอกจากนี้การรักษาด้วยเทคโนโลยีราคาแพงโดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หมดหวัง ถือเป็น การรักษาที่ไร้ประโยชน์และเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างสิ้นเปลืองและไม่ยุติธรรม เพราะทรัพยากรเหล่านี้ควรสงวนไว้สำหรับการรักษาที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและสังคม หากทรัพยากรราคาแพงที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ถูกใช้ไปกับการรักษาที่ไร้ประโยชน์แล้ว ก็จะส่งผลต่อผู้ป่วยอื่นๆ หรือคนรุ่นหลังที่อาจจะหมดโอกาสในการใช้ทรัพยากรเหล่านั้น

5. ประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับบอกความจริง (Veracity : Telling the truth) การบอกความจริงเป็นหลักการพื้นฐานของการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความเชื่อถือว่าความหวังระหว่างมนุษย์มนุษย์มีความคาดหวังที่จะได้รับการบอกความจริง เพราะการบอกความจริงเป็นความจำเป็น

พื้นฐานสำหรับการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพในสังคม ดังนั้นบุคคลจึงมีหน้าที่ที่ต้องพูดความจริง ไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้อื่น และบุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบอกความจริงและไม่ถูกหลอกลวง แม้ว่าการบอกความจริงจะได้รับการยอมรับว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม และทีมสุขภาพมีหน้าที่ที่จะบอกความจริง ไม่โกหกหรือหลอกลวงผู้ป่วย และการบอกความจริงก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยหลายประการ ได้แก่ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ และได้รับการเคารพในสิทธิอันชอบธรรมของตนเอง รวมทั้งเกิดความเชื่อถือไว้วางใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ แต่บ่อยครั้งที่ทีมสุขภาพอาจจะรู้สึกว่าการบอกความจริงในบางสถานการณ์อาจจะไม่ใช่การกระทำที่ถูกต้อง หรือบางครั้งอาจจะรู้สึกว่าการบอกความจริงแก่ผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบอกความจริงที่เกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นข่าวร้าย มักจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจแก่ผู้ที่ได้รับการบอกความจริง

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

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

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

ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องมีความร่วมมือประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการทำงานร่วมกันอาจทำให้เกิดประเด็นปัญหาทางจริยธรรมขึ้นได้ ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะต้องตระหนักและเฝ้าระวังประเด็นจริยธรรมในเรื่องดังกล่าว เพื่อหาทางป้องกันและตัดสินใจแก้ไขความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้น และให้การดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบ

5. ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

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

การนั้น” ซึ่งข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วย (วิชัย วงศ์ชนะภัย, 2546)

1. **สิทธิผู้ป่วย** ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The right to be informed) รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The right to refuse treatment) และสิทธิส่วนบุคคล (Right of privacy) โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ให้ความคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ตามมาตรา 31 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”

โดยหลักกฎหมายแล้วเจ้าของแห่งสิทธิผู้ป่วย คือ ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ผู้ป่วยเท่านั้นที่มีอำนาจอันชอบธรรมที่จะแสดงสิทธิที่ได้รับการคุ้มครอง เว้นแต่ผู้ป่วยขาดความสามารถตามกฎหมาย (incompetent) ที่จะแสดงเจตนา เช่น ผู้เยาว์ หรือผู้ที่ไร้ความสามารถ ซึ่งจะต้องมีผู้ดูแลที่มีอำนาจตามกฎหมายแสดงเจตนาแทน ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าขณะที่แสดงเจตนา นั้นผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้สึกตัวดี (good consciousness) มีความสามารถในการตัดสินใจโดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตนเองหรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน (proxy) เพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการตามสิทธิแทนตนได้ เมื่อตัวแทนได้ดำเนินการแทนผู้ป่วยย่อมมีผลบังคับใช้ได้แม้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจแล้วก็ตาม

ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่มีความสามารถตัดสินใจได้ ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงที่มอบให้ผู้หนึ่งผู้ใดมีอำนาจตัดสินใจแทน (Surrogate selected by patient) ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่ใช่ทายาทก็ได้ ด้วยการแสดงเจตนาชัดแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งทายาทในครอบครัวจะมีลำดับความใกล้ชิดผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มาตรา 1629 และมาตรา 1635 กำหนดให้ทายาทโดยธรรมมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลังดังต่อไปนี้ คือ

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

ประเด็นสำคัญคือ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะต้องแสดงเจตนาใช้สิทธิของผู้ป่วยตามเจตจำนงของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีความสามารถตัดสินใจได้

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

3. **สิทธิปฏิเสธการรักษาหรือสิทธิส่วนบุคคล** ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 ระบุว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้” และตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 24 บัญญัติไว้ “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อยุติการตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” โดยหลักการของกฎหมายนี้เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นและไม่ให้เป็นภาระในทุกๆด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (Living will)

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

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

แนวทางปฏิบัติของแพทย์ต่อการตัดสินใจของญาติต่อผู้ป่วย แพทย์เป็นผู้มีหน้าที่รักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยโดยตรง หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตจำนงให้แพทย์ทราบได้ แพทย์มีความจำเป็นตามจริยธรรมที่จะต้องพิสูจน์ความจริงและปกป้องผู้ป่วยที่ลี้หนีจากการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมของญาติผู้ป่วย แพทย์ต้องทราบถึงความสัมพันธ์ของญาติกับผู้ป่วยและความเข้าใจของญาติต่อความประสงค์ของผู้ป่วย โดยพิจารณาดังนี้

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

กรณีผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาแต่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว หรืออาจรู้ได้บ้างและร้องขอให้หยุดการรักษา เช่น หยุดการใส่ท่อช่วยหายใจ ถอดสายต่างๆ เนื่องจากเจ็บปวดทรมาน แต่ไม่ได้ปฏิเสธการรักษาอื่น หากถ้าหยุดทำการรักษาแล้วผู้ป่วยจะต้องตาย หรือกรณีที่ญาติผู้ป่วยเรียกร้องให้แพทย์ยุติการรักษาผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วยก็ดี ในต่างประเทศจำเป็นต้องนำเรื่องไปให้ศาลตัดสินใจก่อน แพทย์จึงจะตัดสินใจได้ว่าจะหยุดหรือไม่หยุดทำการรักษา แต่ในประเทศไทยจะรอฟังการตัดสินใจของศาลไม่ได้ เพราะยังไม่มีกลไกในการนำคดีสู่ศาล ดังนั้นแพทย์พึงปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ทางสังคม ศีลธรรม เศรษฐกิจ เป็นกรณีไปตามกาลเทศะและบุคคลนั้น โดยอาศัยข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

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

บางครั้งอาจพบกรณีขัดแย้งทางความคิดในหมู่ญาติของผู้ป่วย ในเรื่องการตัดสินใจยอมรับสภาพความเป็นจริงของวาระสุดท้ายของผู้ป่วย แต่บางตนไม่ยอมรับสภาวะนั้น อาจเกิดจากยังปรับสภาพจิตใจของตนเองไม่ได้ หรือตั้งความหวังไว้ค่อนข้างสูงว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสกลับมาเป็นปกติ หรือมีเรื่องการจัดการทรัพย์สินผลประโยชน์ยังไม่ลงตัวต้องการขยายเวลาการตายออกไป ปัญหาต่างๆ ที่อยู่เบื้องหลังความขัดแย้งนี้ทีมสุขภาพคงไม่เข้าไปเกี่ยวข้องด้วย แต่สิ่งสำคัญของความเข้าใจไม่ตรงกันเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่ต่อเนื่อง แพทย์ผู้รักษาจำเป็นจะต้องบอกกล่าวให้ญาติผู้ป่วยทราบเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ถึงสภาพของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค และหากจำเป็นอาจต้องอาศัยความเห็นของแพทย์ที่ไม่ได้ร่วมรักษา หากไม่สามารถตกลงกันได้ การยุติปัญหาจะต้องพึ่งศาลเพื่อให้พิจารณาตัดสิน โดยจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยจนถึงที่สุดตามวิธีการทางการแพทย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน จนกว่าจะได้ข้อยุติ

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

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

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

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

2. Passive euthanasia (การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ) หมายถึง การที่แพทย์ยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา (withholding treatment) หรือ ยกเลิกการรักษาที่ช่วยหรือยืดชีวิต (withdrawing treatment) ของผู้ป่วยไว้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัด รักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไม่ให้ยา หรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดเวลาตาย หรือไม่รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วย เป็นต้น รวมถึงคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ “DNR หรือ NR” (do not resuscitate หรือ no resuscitation) หมายถึง คำสั่งไม่ต้องช่วยหัวใจที่หยุดเต้นและการหายใจที่หยุดทำงานของผู้ป่วยที่สิ้นหวังให้กลับมาทำงานอีก แต่ทั้งนี้แพทย์ยังคงให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งการรักษาที่พึงให้ตามปกติแก่ผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย

หลักการพิจารณา Euthanasia เป็นประเด็นปัญหาที่ได้รับการพิจารณาอย่างกว้างขวางทั้งด้านกฎหมาย จริยธรรม และปรัชญา โดยประเทศต่าง ๆ ยอมรับเรื่อง Euthanasia ในระดับที่ต่างกันแต่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิตามรัฐธรรมนูญ (Constitutional rights) แม้รัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ จะไม่ได้กำหนดสิทธิที่จะตาย (Right to die) แต่สิทธิดังกล่าวมีรากฐานมาจากสิทธิส่วนตัว โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงเรื่องสิทธิที่จะตายไว้ว่า “ปัญหาเกิดขึ้นเสมอเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือจากการที่เป็นคนไร้สมรรถภาพ ซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่ต้องการจะตายในสถานการณ์เช่นนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่า แม้แพทย์จะไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้ป่วย แพทย์ก็ควรจะทำตามหน้าที่ที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งๆที่แพทย์รู้อยู่แล้วว่าวิธีการช่วยผู้ป่วยนั้นอาจเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยสิ้นชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม สิทธิที่จะตายอาจแสดงให้เห็นได้บ่อย ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่วแล้วพยายามจะฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับแพทย์ว่าจะพยายามประคับประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายและขีดความสามารถของผู้ป่วย หรือควรปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินไปไปตามวิถีทางของธรรมชาติ”

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

สำหรับกรณีของ Active euthanasia ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกที่มีกฎหมายรองรับให้แพทย์สามารถทำให้คนไข้ที่สิ้นหวังจบชีวิตตามคำขอได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งบังคับใช้เฉพาะกับพลเมืองในประเทศเนเธอร์แลนด์ แต่กำหนดเงื่อนไขดังนี้

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

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

สำหรับในบริบทของกฎหมายไทย ยังไม่พบว่ามีนักกฎหมายท่านใดให้คำรับรองได้ว่าถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่สั่งไว้เป็นลายลักษณ์อักษรแล้วจะไม่ต้องรับผิดชอบกฎหมาย หรือในทำนองกลับกันถ้าแพทย์ฝ่าฝืนต่อคำสั่งดังกล่าวแล้วต้องรับผิดชอบกฎหมาย แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันจะได้บัญญัติคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีกรณีตัวอย่างที่มีข้อโต้แย้งในทางคดีความอย่างชัดเจนเกิดขึ้น ผู้ที่สนใจเรื่องนี้จำนวนหนึ่งจึงเห็นว่าควรจะมีการออกกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ให้ชัดเจน เช่น กำหนดรูปแบบและเงื่อนไขในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Living will) ที่กฎหมายยอมรับให้แพทย์ต้องปฏิบัติตามได้ โดยที่คนส่วนหนึ่งซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ศึกษาเห็นว่า ควรจะมีการทำคำสั่งในลักษณะดังกล่าวได้โดยควรจะมีกฎหมายรับรองด้วย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548)

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่จะไม่ถูกทอดทิ้งจนเกิดอันตรายแก่ชีวิต สิทธิผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญโดยเฉพาะสิทธิปฏิเสธการรักษาและสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ แม้ว่าจะยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหากทีมสุขภาพได้ปฏิบัติ

ตามหลักวิชาชีพและจริยธรรมโดยพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ย่อมไม่มีผู้ใดตกเป็นจำเลยแห่งคดี และเมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

6. การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ มีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น ใช้วิธีการศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย แต่เครื่องมือที่สำคัญในการเก็บข้อมูล คือ ตัวนักวิจัยเอง การวิจัยแบบนี้มีการออกแบบที่ยืดหยุ่น ดำเนินการศึกษาและทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย คือไม่ด่วนตั้งสมมติฐานก่อนลงมือเก็บข้อมูลในภาคสนาม การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการที่สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ทั้งในสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพินิจวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างละเอียด จนมองเห็นแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูลและเห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดเหล่านั้น จนนักวิจัยสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎีเบื้องต้นได้ การวิจัยเชิงคุณภาพมุ่งตีความเพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกรับศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของคนที่ถูกศึกษาเหล่านั้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2547; นิศา ชูโต, 2545; ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548; สุภางค์ จันทวานิช; 2543)

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

1. เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ (Natural setting) เป็นสถานการณ์ที่ไม่มีการดัดแปลงหรือไม่มีการจัดการโดยนักวิจัย เป็นสถานการณ์ที่เป็นอยู่และดำเนินไปตามธรรมชาติ

2. ใช้ตรรกะแบบอุปนัยเป็นหลัก (Inductive approach) การทำวิจัยแบบอุปนัย (inductive) คือ การทำวิจัยที่เริ่มต้นจาก “สิ่งที่จำเพาะเจาะจง” ไปสู่ “สิ่งที่ทั่วไป” (from the particular to the general) สิ่งที่จำเพาะเจาะจงในที่นี้คือ ข้อมูลซึ่งได้มาจากประชากรตัวอย่างที่เลือกมาโดยเฉพาะจำนวนหนึ่ง สิ่งที่ทั่วไปคือ ข้อสรุปในรูปของคำอธิบายหรือกรอบแนวคิดทฤษฎี ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปกับประชากรและสถานการณ์ในวงกว้างมากกว่าที่ถูกเลือกมาเพื่อการวิจัยนั้น การเริ่มต้นจากข้อมูลไปสู่การหาข้อสรุปทั่วไปเช่นนี้เป็นรูปแบบของการทำวิจัยเชิงคุณภาพขนานแท้ ในการดำเนินการแบบอุปนัยนักวิจัยอาศัยเพียงคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยที่ชัดเจนเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลในสนาม จากนั้นเมื่อได้ข้อมูลมาพอสมควรแล้วจึงตั้งสมมติฐานเพื่อ “คลำทาง” ทิศทางในการหาคำตอบสำหรับคำถามในการวิจัยหรือหาคำอธิบายโดยการพิสูจน์และปรับสมมติฐานซ้ำแล้วซ้ำอีกกับข้อมูลที่เก็บมาในกระบวนการทำงานภาคสนาม

จนกระทั่งสมมติฐาน “อยู่ตัว” คือ “ไม่ถูกทำลาย” โดยข้อมูลที่รวบรวมมาใหม่อีกต่อไป ถึงจุดนี้นักวิจัยก็พร้อมที่จะสรุปหรือตีความ เพื่อหาคำอธิบายเชิงแนวคิดหรือทฤษฎีทั่วไปที่จะได้ใช้กับประชากรหรือบริบทที่คล้ายกันนอกเหนือจากที่นำมาศึกษา

3. เน้นการทำความเข้าใจแบบเป็นองค์รวม (Holistic perspective) องค์รวมหมายถึงการที่ส่วนต่างๆ ของระบบมีความสัมพันธ์กันแบบหลายมิติต่อกันภายในบริบทที่ระบบนั้นเป็นอยู่ การทำความเข้าใจองค์รวมโดยสาระสำคัญก็คือการค้นหามีส่วนประกอบอะไรบ้างภายในระบบนั้น และส่วนต่างๆ เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการรวบรวมข้อมูลหลายมิติของปรากฏการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ภาพรวมที่สมบูรณ์และเกิดความเข้าใจรอบด้าน ในทางปฏิบัติ นักวิจัยต้องถือว่าแต่ละส่วน แต่ละกรณี แต่ละเหตุการณ์ ภายในระบบที่ศึกษานั้น ไม่เพียงแต่มีความหมายในตัวเองเท่านั้น แต่ยังมีความสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับส่วนอื่นๆ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้

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

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

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

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

(extended fieldwork) และนักวิจัยต้องให้ความสำคัญแก่การศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการได้ความรู้ความเข้าใจในทางลึกและอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับประเด็นที่ศึกษา ความละเอียดลุ่มลึกของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นได้มาจากการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจงจำนวนน้อย มากกว่าที่จะมาจากการศึกษากรณีจำนวนมากๆ

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

9. มีความยืดหยุ่นในการออกแบบการวิจัย (Design flexibility) การออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช่สิ่งกำหนดไว้ตายตัวตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูล แต่สามารถยืดหยุ่นได้ตามความจำเป็น ตราบเท่าที่การยืดหยุ่นนั้นเป็นไปเพื่อการเข้าถึงข้อมูลที่ดีและน่าเชื่อถือได้มากกว่า และตราบเท่าที่ไม่ได้ทำให้วัตถุประสงค์และเป้าหมายของการวิจัยเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง

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

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

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

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

การสนทนากลุ่ม

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

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

การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มบุคคลที่มีภูมิหลัง และคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านภูมิหลังทางสังคม ความรู้ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่นำมาสนทนากลุ่ม โดยกลุ่มบุคคลเหล่านั้นจะมาร่วมวงสนทนาแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันในลักษณะของการสนทนาที่เรียกว่า “จับเข้าคุยกัน” กล่าวคือเป็นการสนทนาอย่างอิสระ และแสดงความคิดเห็นตามมุมมองที่แท้จริงของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถาม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มหรือผู้ร่วมสนทนาได้ให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ขณะสนทนากลุ่มจะมีผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม (Note taker) โดยบันทึกคำสนทนาอย่างละเอียด บันทึกบรรยากาศระหว่างการสนทนากลุ่ม บันทึกพฤติกรรมและสีหน้าท่าทางของผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้มีผู้คอยให้บริการ (Provider) 1-3 คน สำหรับบริการความสะดวกแก่ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตยน์นางกูร, 2547) ในกลุ่มสนทนานั้นสมาชิกในกลุ่มจะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีอำนาจ (empowered) เพราะไม่ได้เผชิญหน้าอยู่กับนักวิจัยเพียงลำพัง ความรู้สึกเช่นนี้จะทำให้สมาชิกรู้สึกไม่ประหม่ามีความมั่นใจที่จะพูดและแสดงความคิดเห็นต่างจากการเผชิญหน้าแบบตัวต่อตัวกับนักวิจัยในการสัมภาษณ์ทั่วๆ ไป ความรู้สึกนี้จะได้รับการต่อยอดจากข้อเท็จจริงที่ว่าทุกคนที่อยู่ในกลุ่มนั้นมีลักษณะบางอย่างร่วมกัน เช่น อายุรุ่นราวคราวเดียวกัน มีอาชีพหรือประสบการณ์ชีวิตคล้ายคลึงกัน และส่วนมากอาจเป็นคนที่รู้จักหรือคุ้นหน้ากันอยู่แล้ว การตระหนักในข้อเท็จจริงเช่นนี้จะทำให้สมาชิกกลุ่มมั่นใจและรู้สึกไม่เกร็งประหม่าที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผยต่อหน้าผู้อื่นที่ตนไม่มีความคุ้นเคย (ชาย โพธิ์สิตา, 2547)

ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

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

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning)

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

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

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

3) คำถามเข้าสู่ประเด็น(Transition questions) เป็นการเปลี่ยนการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา เป็นคำถามที่เชื่อมโยงกับคำถามเกริ่นกับคำถามหลักในการสนทนา แต่เป็นคำถามที่ลึกกว่าคำถามเกริ่น ช่วงนี้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะตระหนักว่ามองเห็นประเด็นนี้เป็นอย่างไร

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

5) คำถามจบการสนทนา (Ending questions) คำถามนี้จะช่วยปิดการอภิปรายและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นของตนเกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง คำถามจบการสนทนามี 3 ชนิด

5.1) คำถามที่ช่วยกันพิจารณาทั้งหมดอีกครั้ง (All-things-considered questions) เป็นคำถามที่ช่วยอภิปรายว่าสิ่งที่พูดมาอะไรที่สำคัญที่สุด ต้องการให้ทำอะไรมากที่สุด และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว จะมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือให้น้ำหนักข้อมูล

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

5.3) คำถามสุดท้าย (The final questions) มีวัตถุประสงค์เพื่อประกันว่าได้วิเคราะห์สรุปผลการสนทนากลุ่มเรียบร้อยแล้ว เช่น ถามว่าเราได้ลืมอะไรไปหรือไม่ หรือมีอะไรที่เราควรจะคุยกันแต่ไม่ได้คุยหรือไม่ หรือเป็นคำถามที่ถามถึงทักษะการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มว่าเป็นอย่างไร โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องถามด้วยความจริงใจด้วยรอยยิ้ม และบอกจุดประสงค์ว่าต้องการที่จะปรับปรุงในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป รวมแล้วจะใช้เวลาประมาณ 10 นาที

โดยมีวิธีการสร้างแนวคำถามตามรูปแบบของ Krueger and Casey (2000) 6 ขั้นตอนดังนี้

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

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

1) เป็นคำถามปลายเปิด ช่วยให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถบอกเรื่องราวได้อย่างกว้างขวาง ไม่ปิดกั้น และควรระวังคำถามปลายเปิดที่มีลักษณะปิดกั้นคำตอบ เช่น ลักษณะคำถาม “ราคาเท่าไร” เป็นต้น และควรมีการเปรียบเทียบระหว่างข้อคำถามที่มีคล้ายคลึงกันและเลือกข้อคำถามที่สามารถให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถอธิบายได้มากกว่า

2) เป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้นำร่วมสนทนาเกิดความคิด กระตุ้นให้คิด หรือทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวาง เช่น “กรุณาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ.....”

3) หลีกเลี่ยง การใช้คำถามว่า “ทำไม” เนื่องจากเป็นคำถามที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกว่าตนเองผิด หรือทำไมไม่เหมาะสม

4) ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจน ไม่คลุมเครือหรือทำให้เกิดความสับสน ใช้คำพูดเหมือนบุคคลในวงสนทนาหรือใช้ภาษาท้องถิ่น และใช้น้ำเสียงในการถามเหมือนการสนทนากันตามปกติ

5) ควรระมัดระวังในการยกตัวอย่าง เนื่องจากในการศึกษาประเด็นที่ต้องการศึกษาเป็นเรื่องที่กว้าง แต่หากมีการยกตัวอย่างจะทำให้ผู้เข้าร่วมการสนทนายึดติดกับตัวอย่าง และไม่ได้ข้อมูลในด้านอื่นๆ เพิ่มเติม

3. การจัดลำดับข้อคำถาม (Sequencing the question) เรียงลำดับตามความสำคัญของคำถาม โดยเริ่มด้วยคำถามทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง เป็นคำถามง่ายๆ หลีกเลียงการใช้คำถามหลักในการเริ่มต้น จนไปถึงคำถามที่เฉพาะเจาะจงตามประเด็นที่สนใจศึกษา ซึ่งมีข้อควรคำนึงถึงในการเรียงลำดับข้อคำถาม ดังนี้

1) ควรใช้คำถามเชิงบวกก่อนคำถามเชิงลบ ซึ่งในการใช้ข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาสามารถแสดงความคิดเห็นได้ทั้ง 2 ด้าน และในการจัดลำดับข้อคำถามเชิงบวกก่อนเชิงลบ เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างสะดวกและราบรื่น เพราะในการแสดงความคิดเห็นในทางบวกก่อน ย่อมมีผู้ที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน หรือไม่เห็นด้วย ก็จะพยายามที่จะแสดงความคิดเห็นของตนออกมา ซึ่งง่ายต่อผู้ดำเนินการสนทนาในการให้ผู้เข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็นเชิงลบต่อไป

2) ใช้คำถามที่ไม่บอกใบ้ก่อนคำถามที่บอกใบ้ ในการถามคำถามที่ไม่บอกใบ้ก่อน เพื่อให้คำตอบที่ได้มีหลากหลายประเด็น และเกิดการพิจารณาถึงประเด็นต่างๆ ที่ได้ทั้งหมด เพื่อนำไปสู่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาสนใจและเห็นว่ามีมีความสำคัญ และเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาดังกล่าว ซึ่งพบว่าบ่อยครั้งที่ประเด็นที่กลุ่มสนทนาให้ความสนใจมากๆ มักจะเป็นประเด็นที่สำคัญด้วย

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

1) ข้อคำถามควรเป็นคำถามที่มีความสมบูรณ์ ควรมีปรับข้อคำถามให้เหมาะสม ไม่ควรใช้ข้อคำถามหลายๆคำถามเพื่อให้ได้คำตอบในประเด็นที่ต้องการเพียงประเด็นเดียว โดยอาจรวบข้อคำถามเหล่านั้นให้สามารถถามเพียงคำถามเดียว แล้วได้คำตอบตามประเด็นที่ต้องการได้

2) ประเภทของข้อคำถาม โดยคำถามคำถามเปิดการสนทนาและคำถามเกริ่นไม่ควรใช้เวลามาก ควรใช้เวลากับคำถามหลักให้มากกว่า

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

4) ขนาดของกลุ่มสนทนา ในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่หรือมีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนามากก็ใช้ระยะเวลาในการสนทนามากกว่ากลุ่มที่มีผู้เข้าร่วมการสนทนา

5) ระดับของการสนทนาที่ผู้วิจัยต้องการในแต่ละข้อคำถาม ถ้าผู้วิจัยต้องการข้อมูลในเชิงลึกในข้อคำถามนั้นๆ ก็จะใช้เวลามากกว่าข้อคำถามที่ไม่ต้องการข้อมูลในเชิงลึก

5. การนำข้อคำถามให้ผู้อื่นตรวจสอบ (Getting Feedback from Others) เมื่อได้แนวคำถามเสร็จสิ้นแล้ว ส่งคำถามไปยังกลุ่มที่ช่วยในการระดมสมองเพื่อทบทวนข้อคำถามต่างๆว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่อย่างไร ข้อคำถามช่วยให้ได้ข้อมูลในประเด็นต่างๆครอบคลุมหรือไม่ เข้าใจข้อคำถามหรือไม่ ข้อคำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ ยังขาดประเด็นใดในการถามอีกหรือไม่

6. นำข้อคำถามไปทดลองใช้ (Testing The Question) ก่อนนำข้อคำถามไปใช้ควรมีการทดสอบ โดยนำคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษานำมาถามด้วยแนวคำถาม โดยให้เขาช่วยบอกใน 2 ประเด็น

1) เป็นคำถามที่มีความยากง่ายในการถามอย่างไร คำถามสั้นไหล หรือไม่ ข้อคำถามซ้ำไปซ้ำมาหรือไม่ ง่ายในการเขียนหรือไม่ หากมีข้อสงสัย ขอให้ช่วยแนะนำคำถามที่ง่ายขึ้นในการนำไปสนทนา

2) คำถามทำให้เกิดความสับสนหรือไม่ ยาวไปหรือไม่ ชัดเจนหรือไม่ ถ้าไม่ชัดเจน ช่วยบอกคำถามที่ง่ายขึ้น

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

ขั้นที่ 2 การหาผู้เข้าร่วมสนทนา (Recruiting)

ขณะที่ทำการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มต้องระบุประชากรเป้าหมาย ตั้งคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนา พิจารณาจากเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประเด็นที่ควรคำนึงในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ร่วมสนทนากลุ่มคือ ความคล้ายคลึงในด้านภูมิหลังความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนทนากลุ่มให้มีความ

คล้ายคลึงกัน (Homogeneous) ไม่ใช่เพื่อจุดประสงค์ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันในทุกๆ เรื่องที่นำมาสนทนากลุ่ม แต่จุดประสงค์ที่สำคัญคือ ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มไม่รู้สึกละอายใจ กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ทั้งในลักษณะที่คล้ายตามหรือลักษณะการมองต่างมุมกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เพราะหากผู้ร่วมสนทนากลุ่มมีคุณสมบัติที่ต่างกันมาก เช่น ผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่มีการศึกษาดำรงว่ารู้สึกด้อยหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น เพราะเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมเข้าสนทนา กลุ่มที่มีการศึกษาดำรงว่าก็มักจะแสดงความคิดเห็นในลักษณะให้การสนับสนุนหรือคล้ายตามผู้ร่วมสนทนาที่มีการศึกษาสูงกว่า (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

ในการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีวิธีการหาผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม 7 วิธี ได้แก่ (Kruger and Casey, 2000)

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

เมื่อเลือกวิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนาเสร็จแล้ว กลุ่มควรมีขนาดที่พอเหมาะไม่เล็กและไม่ใหญ่จนเกินไป ขนาดที่พอเหมาะนั้นโดยทั่วไปควรมีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มประมาณ 6-8 คน กลุ่มที่เล็กเกินไปอาจทำให้การอภิปรายและข้อมูลที่ได้จำกัดอยู่กับความคิดของคนจำนวน

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

ขั้นที่ 3 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderating)

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

1. เตรียมการสนทนากลุ่ม โดยเตรียมความพร้อมทางด้านต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น และเตรียมความพร้อมของทีมงานในการสนทนากลุ่ม รวมทั้งสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ ในการสนทนากลุ่ม

2. เมื่อเริ่มการสนทนากลุ่ม เมื่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มมาถึงสถานที่สนทนาครบแล้ว ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับผู้ร่วมการสนทนากลุ่มด้วยน้ำเสียงและสีหน้าที่เป็นมิตร และสร้างบรรยากาศให้อบอุ่น

3. กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย ทีมงาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยได้กล่าวแนะนำคณะผู้วิจัย และทีมงานทุกคน แนะนำผู้ร่วมการสนทนากลุ่มให้รู้จักกัน อาจสร้างกิจกรรมกลุ่มสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงประเด็น วัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งเหตุผลที่พิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มให้มาร่วมการสนทนาในประเด็นหรือหัวข้อเรื่องที่ศึกษา เพื่อให้ผู้ร่วมการสนทนายรู้สึกเป็นเกียรติที่ตนได้รับการ

คัดเลือก และควรขออนุญาตในการบันทึกการสนทนาโดยผู้บันทึกการสนทนาและการบันทึกโดยใช้เครื่องบันทึกเสียงรวมทั้งขอถ่ายภาพการสนทนากลุ่ม

4. ขณะสนทนากลุ่มผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรต้องกระทำบทบาทของตนในฐานะเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคุณสมบัติของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม มีดังนี้ (Kruger, 1998)

1) มีความเข้าใจในกระบวนการกลุ่ม ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องมีความรู้ มีทักษะทางด้านกระบวนการกลุ่มหรือได้รับการอบรมเพื่อใช้ในการดำเนินการอภิปรายกลุ่ม ควบคุมกลุ่มเมื่อผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มพูดคุยก่อนนอกประเด็น หรือพยายามเข้าสู่ประเด็นเดิมโดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มไม่รู้ตัว และต้องเป็นบุคคลที่รักษาเวลาในการสนทนา

2) มีความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่ทำการสนทนา และอยากรู้ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสนทนา ไม่เป็นผู้เินเฉย ไม่ใช้คำพูดเยาะเย้ยถากถาง สามารถแก้ไขสถานการณ์คับขันได้ในขณะสนทนา สามารถติดตามคำถามและเจาะลึกเมื่อต้องการข้อมูลในประเด็นนั้นได้ตลอดการสนทนา

3) มีทักษะในการสื่อสาร สามารถสื่อสารได้อย่างกระชับชัดเจน ทั้งการพูดและการเขียนเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการถามคำถามในการสนทนา

4) มีความเป็นมิตรและมีอารมณ์ขัน และควรจะมีอยู่เสมอเพื่อเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินการสนทนาและผู้เข้าร่วมการสนทนา

5) สนใจในผู้เข้าร่วมการสนทนา ต้องเป็นผู้ที่ชอบอยู่กับผู้คน มีความเป็นมิตรให้กับทุกคนให้เกียรติซึ่งกันและกัน

6) ใจกว้างยอมรับความคิดเห็นใหม่ๆ ต้องเป็นผู้ยอมรับในการแสดงความคิดเห็นใหม่ๆ ต้องเปิดใจยอมรับ ไม่ควรปิดกั้นคำแนะนำต่างๆ

7) มีทักษะในการฟัง ให้ความสนใจในการฟังไม่ยั่วเย้าผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มสามารถพูดได้อย่างอิสระ

5. การสิ้นสุดการสนทนากลุ่มกล่าวขอบคุณผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม และมอบของที่ระลึกแก่ผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมการสนทนากลุ่มที่ได้ให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อประเด็นที่สนทนากลุ่ม

6. จัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ โดยการนำเทปที่ได้จากการบันทึกการสนทนากลุ่ม การจดบันทึกรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมไว้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูล (Analying)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องใจ ซึ่งควรจดบันทึกไว้เพื่อเขียนรายงานการวิจัย ไม่ควรที่จะวิเคราะห์ถึงรายละเอียดปลีกย่อยซึ่ง Goldman และ McDonald (1987 อ้างใน Fern, 2001) กล่าวว่าควรพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ โดยคำนึงถึง 1) จุดประสงค์ในประเด็นที่ทำการสนทนากลุ่ม 2) ความหนักแน่นหรือความรุนแรงของความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) เหตุผลเบื้องหลังที่ทำให้เกิดความรู้สึกเช่นนั้น 4) การสนทนาที่มีความมั่นใจหรือทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี 5) การสนทนาที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง และประเภทในการวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นอยู่กับที่จะนำข้อมูลผลการศึกษาที่ได้ไปใช้อย่างไร ซึ่งMorgan(1998) กล่าวว่า การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุดหรือถูกต้องเหมาะสมที่สุด ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การวิจัยและข้อมูลที่ได้มา ควรมีการจัดประเภทข้อมูลตามความเข้าใจ มีการแปลความและสรุปผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ในการวิจัยเชิงคุณภาพจะทำการวิเคราะห์ให้เร็วที่สุดในกลุ่มแรก และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความหลากหลายของข้อมูลเพื่อใช้ในการสนทนาครั้งต่อไป โดยส่วนใหญ่ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้วิจัยจะเป็นผู้ถอดเทปและปรับข้อความเพื่อให้ข้อความเจาะลึกในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

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

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

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

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

ทั้งสามอย่างนี้องค์ประกอบอย่างแรก คือ การจัดระเบียบข้อมูลนั้น อาจเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการวิจัยคือ ก่อนการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังจากการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ส่วนองค์ประกอบอีกสองอย่างที่เหลือคือการแสดงข้อมูลกับการหาข้อสรุปและการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงนั้น เป็นสิ่งที่นักวิจัยควรเริ่มทำตั้งแต่ขั้นตอนที่กำลังเก็บข้อมูลอยู่ และควรทำต่อเนื่องไปจนถึงตอนที่เก็บข้อมูลเสร็จแล้ว การวิเคราะห์จะสิ้นสุดก็ต่อเมื่อนักวิจัยได้เขียนและปรับปรุงรายงานการวิจัยจนเป็นที่พอใจแล้ว

โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถวิเคราะห์ได้ตามข้อมูลที่ได้มา ได้แก่ (Morgan, 1998; Kruger and Casey, 2000)

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

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

3. วิเคราะห์ตามการจดบทสนทนา (Note based) ข้อดีของการวิเคราะห์แบบนี้คือจะมีความไวมากกว่าวิธีอื่น แต่ความน่าเชื่อถือขึ้นอยู่กับการสามารถในการจดบันทึกการสนทนา เพราะฉะนั้นผู้บันทึกการสนทนาต้องมีความตั้งใจ และจดจ่ออยู่กับการสนทนากลุ่มตลอดเวลา เนื่องจากผู้วิจัยต้องทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามบันทึกการสนทนา อาจมีองค์ประกอบอื่นช่วยในการจดได้ เช่น การอัดเสียง หรือการบันทึกวีดิทัศน์ เพื่อทำให้การบันทึกการสนทนาระงับขึ้น

4. วิเคราะห์ตามความทรงจำ (Memory based) การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้เชี่ยวชาญหรือมืออาชีพเท่านั้น เพราะต้องอาศัยทักษะ ศักยภาพ และประสบการณ์อย่างมาก ในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องหาที่สงบเพื่อที่จะร่างโครงร่างการสนทนากลุ่มอย่างคร่าวๆ และสรุปข้อมูลทั้งหมดออกมาจากความทรงจำในภายหลัง

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

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

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

- 2.1 Designation analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการดูความถี่ที่แน่นอน เช่น บุคคล สถาบัน แนวคิด เป็นต้น โดยการนับอย่างง่าย

- 2.2 Attribution analysis เป็นการวิเคราะห์โดยการนับตามลักษณะเฉพาะ หรือตามคำบรรยายเป็นการนับอย่างง่ายเช่นเดียวกัน แต่เน้นที่คำคุณศัพท์ คำกริยาวิเศษณ์ คำอธิบายวลี มากกว่าคำพูดทั้งหมด

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

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

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

Guba and Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

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

องค์ประกอบของการสนทนากลุ่ม

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

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

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

3.1 เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับการบันทึกเสียงและควรมีอย่างน้อย 2 เครื่อง สำหรับบันทึกการสนทนาได้อย่างต่อเนื่อง และป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกเสียง

3.2 สมุดบันทึกและปากกาหรือดินสอสำหรับการจดบันทึก เพื่อเป็นแนวทางในการถอดเทปได้อย่างสะดวกขึ้น และทำให้สามารถจดบันทึกสภาพแวดล้อมรวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่มได้

4. แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Screening form) เป็นแบบฟอร์มในการจดบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการสนทนา และสามารถนำตัวแปรส่วนบุคคลในด้านต่างๆ มาร่วมวิเคราะห์ได้

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

6. ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อยแต่ในทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพื่อแสดงออกถึงซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัย และเป็นการขอบคุณผู้เข้าร่วมการสนทนาที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

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

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการสนทนากลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตนราภร, 2547)

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

จุดเด่นในการสนทนากลุ่ม

ในปัจจุบันการสนทนากลุ่มได้พัฒนามาถึงจุดที่มีหลักการและมีทฤษฎีรองรับที่มั่นคงพอสมควร จึงได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในวงการวิจัยหลายสาขาวิชา การได้รับการยอมรับอาจจะเนื่องมาจากลักษณะเด่นหลายประการ (ชาย โพธิ์สิตา, 2547) ดังต่อไปนี้

- 1) การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยให้เก็บข้อมูลจากตัวอย่างจำนวนหลายคนได้ในเวลาอันสั้น และสามารถเสนอผลการศึกษาได้ในเวลาอันจำกัด(แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ด้วย ถ้าการวิเคราะห์มุ่งเพียงหาข้อสรุปที่สำคัญจากข้อมูลเท่านั้นก็ใช้เวลาสั้น แต่ถ้าเป็นการวิเคราะห์ที่มุ่งหาคำอธิบายเชิงวิชาการดังเช่นในการวิจัยเชิงพื้นฐานก็อาจใช้เวลามากเหมือนกัน)
- 2) มีโครงสร้างที่ยืดหยุ่น สามารถปรับใช้ได้ในการวิจัยเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ และใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้หลายแบบ
- 3) นักวิจัยสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการ กล่าวคือสามารถใช้เพื่อเสริมวิธีการวิจัยแบบอื่นได้ เช่น ใช้ก่อนหรือหลังการวิจัยแบบสำรวจ หรือจะใช้เป็นการวิจัยที่มีความสมบูรณ์เบ็ดเสร็จในตัวเองก็ได้
- 4) ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลที่ผ่านการถกเถียงโต้ตอบกันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเอง ทำให้ง่ายใจได้ในความถูกต้องแม่นยำ ความน่าเชื่อถือและความหลากหลายของข้อมูล
- 5) พลวัตของกลุ่มซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลที่มีชีวิตชีวา
- 6) การสนทนากลุ่มเป็นวิธีที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกมีอำนาจ คือสามารถดำเนินการสนทนาไปตามที่ตัวเองอยากจะพูดอยากจะแสดงออกมาได้มากกว่าโดยไม่รู้สึกรู้ว่า “ถูกกำกับ” เพราะการอยู่ในกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์พื้นฐานบางประการคล้ายกัน (Homogeneous group) ย่อมทำให้ผู้พูดรู้สึกมั่นใจในการพูดหรือการแสดงออกมากกว่า เรื่องนี้เป็นข้อเท็จจริงทางจิตวิทยาของกลุ่ม (Group psychology) การอภิปรายโต้ตอบกันเองทำให้ผู้ร่วมสนทนาสามารถคุ่มทศทางการสนทนาได้มากกว่าในการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว

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

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

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

3. การวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นวิธีที่ให้การตีความ (Interpretation) ที่ดีกว่าโดยให้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำว่าทำไมถึงทำสิ่งนั้นและจะทำได้อย่างไร การสนทนากลุ่มจะช่วยให้เข้าใจซึ่งกันและกันในกลุ่มว่า ทำไมคนจึงมีความคิดที่เหมือนกันทั้งที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ทำไมคนที่ดูว่าแตกต่างกันจึงมีความเชื่อที่เหมือนกัน

จุดด้อยในการสนทนากลุ่ม

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

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรแก้ว กำพลศิริ (2542) ศึกษาการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.67 ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย สถานการณ์ที่ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายมากที่สุดคือ ให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในภาวะที่ไม่รู้สึกตัว และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา เหตุผลที่ตัดสินใจใช้สิทธิมากที่สุดเพราะไม่ต้องการทรมานตนเองและไม่ต้องการเป็นภาระแก่ผู้ใกล้ชิด ปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายคือ ลักษณะความเชื่อที่เน้นคุณธรรม ประสพการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการมีผลทำให้ผู้ตัดสินใจใช้สิทธิลดลง

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

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

ประสงค์ให้ผู้ป่วยไปสู่ความตายอย่างสงบ ส่วนผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของร่างกายล้มเหลวจะเน้นการช่วยชีวิต ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาให้หายจะเน้นการประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

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

เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ศึกษาถึงความตายและทัศนะในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร ศึกษาความหมายความเชื่อและประสบการณ์การเตรียมตัวที่เกี่ยวข้องกับความตายของสังคมไทย โดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 คน และศึกษาทัศนะและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุ 28 คน โดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่ามีการให้ความหมายของความตายแตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและท่าทีของคนไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่าชีวิตไม่สิ้นสุดที่ความตายและเห็นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ ทำให้ไม่ปฏิเสธความตาย แม้บางคนยังมีความกลัวแต่ลดลงกว่าเมื่ออายุน้อย ต่างจากทัศนะทางการแพทย์ที่ต้องการเอาชนะความตายและเห็นว่าชีวิตสิ้นสุดที่ความตาย ในกลุ่มเป้าหมายพบว่าความเป็นอยู่ที่ยากลำบากมีทั้งคนที่ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่และปัญหาในชีวิต เพราะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในชุมชนและได้รับการเกื้อหนุนจากหน่วยงานต่างๆ บางคนไม่พอใจภาวะที่เป็นอยู่และไม่พอใจในชีวิต แต่ทั้งหมดไม่ปฏิเสธความตายยอมรับว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต บางคนกลัวภาวะก่อนตายที่อาจเจ็บปวดทรมาน คนที่ศรัทธาในศาสนามีการเตรียมตัวด้านจิตใจสะสมบุญตามความเชื่อเรื่องกรรมที่จะส่งผลไปชีวิตหน้า คนที่ศรัทธาในศาสนาน้อยไม่มีการเตรียมตัวและเห็นความตายเป็นทางออกไปจากภาวะที่เป็นทุกข์ในปัจจุบัน และเตรียมเรื่องกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยซึ่งสำคัญสำหรับชาวชุมชน เตรียมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพโดยเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านเพราะมีความคุ้นเคย มีบุตรหลานหรือเพื่อนบ้านคอยดูแล

และบางคนเห็นว่าจะเป็นบทเรียนสอนคนที่ยังอยู่ให้เข้าใจธรรมชาติของชีวิต ต้องการตายตามธรรมชาติไม่ต้องการยืดความตายด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิต

พัชรียา ไชยลังกา (2534) ศึกษาการเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังผู้มีสุขภาพดีในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามแนวความคิดเกี่ยวกับความตาย ผู้มีสุขภาพดีจำนวน 140 คน ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่าผู้มีสุขภาพดีที่มีอายุต่างกันมีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้มีสุขภาพดีที่มีการศึกษาต่างกันมีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้ป่วยเรื้อรังที่นับถือศาสนาต่างกันมีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกัน ผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และศาสนาเดียวกัน มีแนวความคิดเกี่ยวกับความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

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

ลดารัตน์ สารินันท์ (2545) ศึกษาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ ภาวะธรรมทัศน์เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและยอมรับประสบการณ์ของชีวิต โดยใช้แบบประเมินภาวะธรรมทัศน์และแบบสัมภาษณ์การเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย สร้างจากแนวคิดเรื่องรูปแบบพื้นฐานของสิ่งที่พึงกระทำสำหรับการเผชิญกับภาวะใกล้ตายของคอร์ดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลเชียงใหม่ จำนวน 200 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายทั้ง 4 ด้าน ที่พบมากที่สุดดังนี้ ด้านร่างกายคือ การเลือกวิธีจัดการศพของตนเอง ด้านจิตใจคือ การเห็นใจผู้อื่นที่มีอาการป่วยหนักในระยะใกล้ตายและตระหนักว่าความตายเป็นธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้านจิตวิญญาณคือ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา และด้านสังคมคือ การมอบความรักความห่วงใยหรือปรับความเข้าใจกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น และผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะธรรมทัศน์ต่างกันจะมีลักษณะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายต่างกัน

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

ครอบครัว การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะใกล้ตายในชุมชนชนบทอีสานเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มจากสัญญาณแสดงความตายที่ปรากฏด้านร่างกายและประสบการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ การให้ความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ 3 ลักษณะ ได้แก่ ความตายหมายถึง “หมดบุญหมดกรรม” “หลุดพ้น” และ “ดับสูญ” ซึ่งเป็นความหมายที่สะท้อนถึงการกระทำที่ดีความเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอดส์ทุกข์ทรมาน ให้ตายตาหลับ ไม่หวั่น เช่น บรรเทาอาการปวดทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม การจัดการธุระสำคัญ ได้ประกอบพิธีกรรมตามธรรมเนียมประเพณีทุกขั้นตอนที่ครอบครัวสามารถจัดการได้และปรับตัวได้หลังการเสียชีวิตแล้วของผู้ป่วยเอดส์

สิริจิตต์ ปันเงิน (2542) ศึกษาถึงความตายในทัศนะของกามูส โดยการศึกษาลงานของกามูสทั้งหมดและบทวิเคราะห์วิจารณ์ที่นักวิชาการต่างๆ มีต่องานและแนวคิดของกามูส พบว่ากามูสชี้ให้เห็นว่าความตาย คือ ส่วนหนึ่งและเป็นส่วนสำคัญของชีวิต ความหมายของความตายก็คือ ความหมายและคุณค่าของชีวิต ความหมายที่สำคัญของความตายเป็นอยู่ก่อนปรากฏการณ์ของความตาย นั่นคือ มีอยู่ในชีวิตทุกช่วงขณะในฐานะเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งของชีวิต ความตายหมายถึงการจบลงของกระบวนการสร้างความหมายและให้คุณค่าแก่ชีวิต

สุภาณี ทิวฒนานนท์ (2540) ศึกษาสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ : ปัญหาจริยธรรมแพทย์ โดยการสัมภาษณ์เฉพาะบุคคลที่ให้อำนาจ คือ แพทย์ นักวิชาการทางด้านจริยศาสตร์ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อย่างละ 1 ท่าน พบว่าส่วนหนึ่งการใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุสามารถที่จะเลือกตัดสินใจได้ด้วยตนเองในกรณีที่คุณสมบัติของความเต็มใจสมบูรณ์ไป รวมทั้งสังคมยอมรับได้และไม่ถูกตีเตียนทางด้านจริยธรรม แต่อีกส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาทางด้านกฎหมายในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง

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

อุทยา นาคเจริญ (2544) ศึกษาการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แบบสอบถามการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน

จังหวัดเชียงใหม่ 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.50 มีการเตรียมตัวสำหรับความตาย ด้านจิตใจมีการทำให้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยการสร้างเสริมคุณค่าและประโยชน์แก่ผู้อื่น ด้านร่างกายใช้วิธีสอบถามการดูแลจากเพื่อนผู้ติดเชื้อ พูดคุยกับครอบครัวเรื่องการรักษาเมื่อป่วยหนักและเลือกผู้ไว้วางใจตัดสินใจแทน ด้านจิตวิญญาณมีการทำบุญและประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอยู่เสมอและมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในชีวิต ด้านสังคมวางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัวสะสมเงินสำหรับผู้ที่ยังรัก และสถานที่ที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย

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

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

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

Grant et al. (2003) ศึกษาถึงความต้องการการตายดีของผู้ป่วยใกล้ตายในประเทศเคนยา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยใกล้ตายและครอบครัว พบว่าความต้องการการตายดีประกอบด้วยด้าน

ร่างกายได้แก่ การควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม ด้านจิตใจต้องการคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่าเป็นที่รักในครอบครัวและชุมชน ด้านจิตวิญญาณได้รับการดูแลทางด้านจิตใจไปโบสถ์และได้สวดมนต์ร่วมกับผู้อื่น ด้านสังคมไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อนำมาซื้อยา อาหาร ผ้าห่ม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

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

Hirai (2006) ศึกษาถึงการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น โดยการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล พบว่าองค์ประกอบของการตายดีของชาวญี่ปุ่นมี 17 ประการ ประกอบด้วย 1) มีความเป็นอิสระปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมตัวยอมรับการจากไป 3) ได้ตายอย่างสงบในสถานที่ที่พึงประสงค์ 4) มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพที่ให้การดูแล มีแพทย์ที่ไว้วางใจได้ พยาบาลเป็นผู้ดูแลด้านความสุขสบาย มีผู้ที่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย 5) ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่นและครอบครัว 6) คงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการเคารพการดูแลที่เป็นปกติไม่ดูแลเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก 7) มีความสมบูรณ์ของชีวิตในเรื่องการเตรียมตัวสำหรับความตาย ครอบครัวไม่เกิดความเศร้าโศกเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิตคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่สมบูรณ์ของชีวิต 8) คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 9) ต่อกับความเจ็บป่วยมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุด 10) คงไว้ซึ่งความหวังมีความคิดเชิงบวก 11) ได้ตายตามธรรมชาติ ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ 12) คงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัว อาชีพการงาน สังคม ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ 13) ควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต วางแผนสำหรับการจากไปอย่างสงบ มีการจัดเตรียมสำหรับพิธีศพ 14) ระลึกถึงความตายว่าเปรียบเหมือนการนอนหลับ ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต 15) ซินชมยินดีกับผู้อื่น มีการกล่าวลาบุคคลอันเป็นที่รัก แสดงความขอบคุณการห่วงใยจากผู้อื่น 16) คงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงความอ่อนแอให้

ครอบครัวได้รับทราบ ไม่ยอมรับความเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น 17) มีความเชื่อและความศรัทธาในชีวิต

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

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

Reitjen et al. (2006) ศึกษาเรื่องการตายดีของชาวเนเธอร์แลนด์เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจถึงทัศนคติต่อความตายเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการแสดงความจำนงในเรื่องความตาย (Euthanasia) การให้ยาระงับอาการปวดและยานอนหลับ พบว่าการตายดีของชาวเนเธอร์แลนด์ประกอบด้วย การปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานตายอย่างสง่างาม ได้มีการกล่าวอำลากับบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต การตายที่ดีควรเป็นการตายในบ้านของตนเอง มีสติรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป ไม่เป็นภาระการดูแลต่อผู้อื่น มีโอกาสได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตายของตนเองเพื่อให้เกิดการตายอย่างฉับพลัน นอกจากนี้ยังยอมรับต่อการแสดงความจำนงในเรื่องความตายโดยการให้ยานอนหลับและยาแก้ปวดในขนาดสูงเพื่อการจากไปอย่างสง่างามไม่เป็นภาระการดูแลแก่ลูกหลาน

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

ข้อใจได้รับการแก้ไข ใช้เวลาที่เหลืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้กล่าวอำลาแลกเปลี่ยนความรู้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มองผู้ป่วยว่าเป็นบุคคลมากกว่าที่จะมองว่าเป็นโรค

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

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

8. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณเกี่ยวกับความคิดเห็น ทศนะการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย และสิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาความหมาย ความเชื่อ และประสบการณ์การเตรียมตัวที่เกี่ยวกับความตายของสังคมไทยโดยการประชุมระดมสมองผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ มีการให้ความหมายของความตายที่แตกต่างกันระหว่างศาสนาและทางการแพทย์ และมีการศึกษาความหมายของความตายด้วยโรคเอดส์ซึ่งมีความหมายที่สะท้อนถึงความเฉพาะโรค ส่วนการศึกษาในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับการตายดีซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ศาสนา บริบททางสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม การศึกษายังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธในบริบทสังคมไทย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงจุดปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์ เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นเขาย่อมสามารถแสดงความรู้สึกข้อคิดเห็น

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บอกถึงความหมายของการตายดีจากความ คิดความรู้สึของการตาย ในมิติที่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าน่าปรารถนามีลักษณะเป็นไปในทางที่ต้องการ การศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จะเป็นเทคนิคที่ใช้ในการ ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้อย่างลุ่มลึก จึงเหมาะที่จะใช้ในการศึกษาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึ กนี้กคิด การค้นหาความหมายของผู้ที่ประสบหรือเกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้น ความรู้ที่ได้จะเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จะได้เรียนรู้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการพัฒนาการบริการที่ตอบสนองความต้องการเพื่อการตายตามความปรารถนาของผู้สูงอายุ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการรวบรวมข้อมูลจากหลายบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกกลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายจากพลวัตกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทย พุทธ ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยดังลำดับหัวข้อต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

- 1.1 การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย
- 1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 1.3 การเตรียมทักษะด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 พื้นที่ในการศึกษา
- 2.2 ผู้ให้ข้อมูล
- 2.3 การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก
- 2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.5 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล
- 2.6 การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

- 3.1 การดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.2 การตรวจสอบข้อมูลและความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุด (ชาย โพธิ์สิตา, 2547; นิตา ชูโต, 2545; ศิริพร จิรวัดนนท์กุล, 2546; สุภางค์ จันทวานิช, 2543) ผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1.1 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษารายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง จำนวน 12 หน่วยกิต ที่คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้เข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2548 จัดโดยสมาคมพุดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ไทย เรื่องการเคลื่อนไหวของสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ ในระหว่างวันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2548 ที่สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร และเข้าร่วมประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 2 “ประชากรและสังคม 2549” เรื่องภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร จัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันศุกร์ที่ 30 มิถุนายน 2549 ที่ห้องราชทวีแกรนด์ บอลรูม โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะทำการศึกษาวิจัยในหัวข้อเกี่ยวกับการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ

1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของวิจัยเชิงคุณภาพได้ผ่านการเรียนในวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล รหัสรายวิชา 3600626 จำนวน 3 หน่วยกิต และมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาในประเด็นต่างๆ ร่วมกับการศึกษาดด้วยตนเองจากการอ่านเอกสารตำราผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวทางการสนทนากลุ่มที่สามารถหาคำตอบที่เป็นทัศนคติ ความคิด หรือความต้องการให้ได้เนื้อหาครอบคลุม และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

1.3 การเตรียมทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเตรียมทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเกตการณ์ทำการสนทนากลุ่มของนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และในการเรียนในวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลมีการฝึกทักษะในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเรื่องที่ทำการสัมภาษณ์เป็นเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการสนทนากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพคือ ความคุ้นเคยในสนามวิจัย พลวัตรของกลุ่ม และประสบการณ์ของผู้วิจัยในเรื่องที่ทำการศึกษา โดยผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเวลา 18 ปี ตลอดจนมีความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและสนามวิจัย สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาเดียวกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้เป็นอย่างดี จึงเป็นการเตรียมความพร้อมในเรื่องความน่าเชื่อถือของตัวผู้วิจัย

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังตรวจสอบตัวเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสร้างความคุ้นเคยในสนามวิจัย การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เทคนิคการสนทนากลุ่ม การให้ความหมายการจัดกลุ่มประเด็นและการเขียนอภิปรายประเด็น รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มต้นจากการสร้างเครื่องมือวิจัย การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.1 พื้นที่ในการศึกษา (Setting)

พื้นที่ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นชมรมผู้สูงอายุในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากมีเหตุผลในการเลือกดังนี้

2.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีการรวมตัวกันเพื่อร่วมทำกิจกรรม มีความสนใจส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ชุมชน สังคมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ได้ผู้เข้าร่วมการสนทนา (Participant) ที่ให้ข้อมูลข้อคิดเห็นจากการผ่านประสบการณ์เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับประเด็นที่ต้องการศึกษา

2.1.2 เป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยและสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี โดยการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตชุมชนนั้น

2.1.3 ผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ทำการศึกษามีความยินดีเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

2.2 ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Participants)

ในการศึกษาค้นครั้งนี้ทำการสนทนากลุ่มโดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Participant) โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการคัดเลือกจากการเสนอชื่อ (Nominations) เป็นการคัดเลือกที่เหมาะสมจะทำการสนทนาในชุมชนซึ่งผู้วิจัยมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลอยู่แล้ว และสอบถามจากบุคคลที่เป็นกลางซึ่งในที่นี้ คือ ประธานชมรมผู้สูงอายุหรือผู้ประสานงานในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อที่จะสามารถเสนอรายชื่อบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยต้องการได้ ซึ่งผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านชีวิตดำรงชีวิตมาจนวัยล่วงเข้าสู่ปัจฉิมวัย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นเขาจะสามารถแสดงความรู้สึกบอกถึงความหมายของการตายดี จากความรู้สึกของการตายในมิติที่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าน่าปรารถนามีลักษณะเป็นไปในทางที่ต้องการ และผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ (Criteria) ที่กำหนด ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ
2. เป็นผู้สูงอายุไทยที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai : MMSE-T 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์และผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีระดับ ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 14 คะแนน ในคะแนนเต็ม 23 คะแนน

3.2 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน ในคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ต้องมีระดับคะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน ในคะแนนเต็ม 30 คะแนน

4. ไม่มีภาวะซึมเศร้าและทดสอบด้วยการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยใช้ THAI GERIATRIC DEPRESSION SCALE (TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย แบบวัดนี้มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน การแปลผลคนสูงอายุปกติ 0-12 คะแนน

4.1 ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน

4.2 ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน

4.3 ผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

5. มีการได้ยินปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตามแบบการขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ

เกณฑ์คัดออกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
2. ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตลอดระยะเวลาที่มีการสนทนากลุ่ม

2.3 การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

2.3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงหัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อศึกษาค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา รวมถึงแนวทางการติดต่อประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่

2.3.2 ผู้วิจัยเข้าพบบุคลากรที่เกี่ยวข้องเช่น เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมสังคม เจ้าหน้าที่สถานีนามัย เจ้าวัดอุปประสงค์ของการวิจัยและกระบวนการวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือและความช่วยเหลือในการวิจัย และการแนะนำตัวผู้วิจัยต่อบุคคลที่จะทำหน้าที่ผู้ประสานงานการลง

พื้นที่ (Gate keeper) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบเพื่อประสานงานในการค้นหาผู้สูงอายุในชมรมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เพื่อร่วมการสนทนากลุ่ม

2.3.3 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงประธานชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยชมรมผู้สูงอายุ วัดสุวรรณดาราราม ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ลา ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากกราน ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางบาล และชมรมผู้สูงอายุรักสุขภาพ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอเก็บข้อมูลในชมรม

4. ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมในการวิจัย และการติดต่อกับผู้วิจัยให้แก่ผู้ประสานงานการลงพื้นที่ ขออนุญาตประธานของแต่ละชมรมในการเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และร่วมทำกิจกรรมของชมรมตามความเหมาะสม และร่วมค้นหาผู้สูงอายุในชมรมที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เพื่อร่วมการสนทนากลุ่ม

5. เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดพบกับผู้สูงอายุในวันเวลาสถานที่ในการทำการสนทนากลุ่มโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุปรึกษาร่วมกัน และอำนวยความสะดวกในการเดินทางของผู้สูงอายุ

6. ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน เวลา สถานที่นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลและขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจอย่างอิสระ และดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แนวทางการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกต่าง ๆ ดังนี้

1. ตัวผู้วิจัย : ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นเครื่องมือในการวิจัยและเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator)

2. ผู้ช่วยวิจัย ประกอบไปด้วย

2.1 ผู้บันทึกการสนทนา (Note taker) ซึ่งมีหน้าที่ในการจดบันทึกการสนทนากลุ่มอย่างคร่าวๆ โดยบันทึกประโยคแรกที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มพูดทุกคนตามลำดับ เพื่อสะดวกในถอดเทปและการวิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมการสนทนา รวมทั้งบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม แววดา ท่าทาง หรือการตอบโดยการพยักหน้า การส่ายหน้า และสี

หน้า และสิ่งสำคัญที่ผู้จัดบันทึกต้องทำก็คือเมื่อการสนทนาจะเริ่มการสนทนา จะต้องเขียนผังการนั่งสนทนากลุ่มให้ผู้ดำเนินการสนทนาด้วย เพราะจะช่วยให้บันทึกง่ายขึ้น

2.2 ผู้ดูแลความเรียบร้อยทั่วไป(Provider) ซึ่งทำหน้าที่ในการช่วยอำนวยความสะดวกทั่วไป ในขณะที่ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม เช่น จัดเตรียมสถานที่ ดูแลเครื่องบันทึกเสียง ดูแลจัดเตรียมอาหารว่าง และดูแลไม่ให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมสนทนาเข้ามาทักทายผู้เข้าร่วมการสนทนา ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยที่มาช่วยในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขั้นตอนดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม และหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัยก่อนเริ่มการสนทนากลุ่ม

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai : MMSE-T 2002) ที่แปลและพัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์และผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งใช้ในการคัดกรองสภาพสมองเกี่ยวกับความจำในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือต้องมีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 14 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 23 คะแนน) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาต้องมีคะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 22 คะแนน (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

4. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (THAI GERIATRIC DEPRESSION SCALE : TGDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย ใช้วัดความเศร้าในผู้สูงอายุ การแปลผล คนสูงอายุปกติ 0-12 คะแนน ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน ผู้มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน และผู้ที่มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

5. เครื่องบันทึกเสียง เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยผู้วิจัยจัดหาเองและมีความพร้อมในการใช้งาน โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูล

6. แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลใช้สำหรับบันทึกข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ นาม-สกุล เพศ อายุ ชุมชนผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการเป็นสมาชิก ชุมชนผู้สูงอายุของผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ค)

7. แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล รายละเอียดเบื้องต้นของการสัมภาษณ์คือ ครั้งที่ วันที่ เวลาการสัมภาษณ์ การบรรยายฉากและบรรยากาศ (ภาคผนวก ค)

8. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline) เกี่ยวกับความหมายของการตายดี โดยผู้วิจัยใช้ลักษณะและประเภทของคำถามตามรูปแบบการจำแนกการสร้างแนวคำถามของ Krueger and

Casey(2000) โดยแบ่งชนิดของคำถามออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ คำถามเปิดการสนทนา คำถามเกริ่น คำถามเข้าสู่ประเด็น คำถามหลัก และคำถามจบการสนทนา ซึ่งเป็นคำถามอย่างกว้างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ความหมายของความตาย การตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร โดยสร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์ในการวิจัย พร้อมทั้งได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีชำนาญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เขียนเป็นคำถามปลายเปิดประเด็นกว้างๆและมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนข้อคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงตามประเด็นที่จะศึกษา โดยแบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) คำถามเปิดการสนทนา เป็นคำถามง่ายๆ ทั่วไป ช่วยให้นักผู้รู้สึกผ่อนคลาย
 - ก) แนะนำตัวผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มอีกครั้ง
 - ข) ผู้สูงอายุแนะนำตัว ชื่ออะไร อายุเท่าไร เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมานานเท่าไร เดินทางมาอย่างไร
- 2) คำถามเกริ่น เป็นการแนะนำหัวข้อในการสนทนา
 - ก) ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - ข) การพูดคุยในวันนี้เป็นการแสดงความคิด ความรู้สึกของแต่ละท่านในประเด็นความรู้ที่ยังไม่มีการศึกษาไว้ชัดเจน ทุกท่านสามารถตอบได้อย่างอิสระตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ไม่มีคำตอบใดผิดคำตอบใดถูก ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและประโยชน์ต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เรื่องที่พูดคุยในวันนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความตาย ท่านมีความสะดวกใจที่จะพูดถึงหรือไม่
- 3) คำถามเข้าสู่ประเด็น เป็นการสนทนาเข้าสู่ประเด็นที่สนใจศึกษา
 - ก) ในชีวิตประจำวันทุกท่านเคยประสบพบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการตายของคนใกล้ชิดหรือบุคคลทั่วไปอยู่เป็นประจำ ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อความตาย
 - ข) เราในฐานะมนุษย์ทุกคน เชื่อว่าทุกท่านคงมีประสบการณ์หรือเคยเกี่ยวข้อง เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ร่วมเห็นรับรู้เกี่ยวกับความสูญเสีย คือ การตายของบุคคลต่างๆ ทั้งที่ใกล้ชิด หรือในฐานะเพื่อนมนุษย์ร่วมโลก อยากให้ท่านเล่าถึงบอกถึงความรู้สึกของท่านว่าการตายคืออะไร

4) . คำถามหลัก เป็นคำถามที่ต้องการศึกษา

- ก) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนาจนถึงวัยสุดท้ายของชีวิต ท่านมีการครุ่นคิดถึงความตายบ้างหรือไม่ อย่างไร
- ข) ทุกท่านเคยได้พบเห็นความตายของบุคคลต่างๆ ในชีวิต ในความคิดของท่านการตายที่ท่านปรารถนาเป็นอย่างไร และการตายที่ท่านไม่ปรารถนาเป็นอย่างไร
- ค) ท่านคิดว่าอะไรบ้างที่สามารถส่งผลให้ท่านได้พบกับการตายตามที่ท่านปรารถนา
- ง) ในความคาดหวังของท่าน ถ้าต้องพบกับความตายท่านมีความต้องการอย่างไร

5) คำถามจบการสนทนา จะช่วยปิดการสนทนาและเปิดโอกาสให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมอีกครั้ง

- ก) จากการสนทนท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่ได้สนทนาในรายละเอียดที่ได้มาอย่างไร
- ข) ขอให้ท่านช่วยสรุปความหมายของการตายดีจากการสนทนากลุ่มในครั้งนี้
- ค) ตามที่ผู้ดำเนินการสนทนา ได้สรุปการสนทนา ท่านคิดว่าได้ข้อสรุปเพียงพอหรือไม่ จะเพิ่มเติมอย่างไร

8.1 เมื่อผู้วิจัยลงภาคสนามเก็บข้อมูลได้ใช้แนวทางการสนทนากลุ่มในการดำเนินสนทนากลุ่มหลังการสนทนากลุ่มแรกผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาได้นำบทสนทนากลุ่มมาพิจารณาถึงเทคนิคการสนทนา พลวัตรของกระบวนการกลุ่ม ความเหมาะสมและสอดคล้องของแนวคำถาม พบว่ามีบางประเด็นที่ควรจะใช้คำถามเจาะลึกเพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลในเรื่องนั้นให้มากขึ้น (Probing and follow up) ผู้วิจัยทำการปรับข้อคำถามเพิ่มเติมข้อคำถามที่ยังไม่ครบถ้วน เพื่อเป็นแนวทางเพิ่มเติมในการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

8.2 ตลอดช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้แก่ เทคนิคการสนทนากลุ่ม การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการให้ความคุ้มครองสิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

2.5 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) ด้วยตนเอง มีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกการสนทนา (Note taker) และเป็นผู้ช่วยทั่วไป (Provider) การสนทนากลุ่มใช้แนวทางการสนทนา

กลุ่มที่สร้างขึ้น (Guideline) เป็นแนวทางในการสนทนา ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1½-2 ชั่วโมง และจัดผู้สูงอายุเข้าร่วมการสนทนากลุ่มประมาณกลุ่มละ 8-10 คน โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation) คือได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยได้ครบและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มในกลุ่มสนทนาอีก (Krueger and Casey, 2000) โดยข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเริ่มมีความอิ่มตัวเมื่อผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม และผู้วิจัยได้ทำการสนทนากลุ่มเพิ่มอีก 1 กลุ่ม เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวจริง รวมผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มจำนวน 5 กลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ลักษณะ คือ

ก) การสนทนากลุ่มเป็นการใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) ค้นหาข้อมูล เนื่องจากความคิดของบุคคลหนึ่งจะไปกระตุ้นความคิดของอีกคนหนึ่งให้มีการคิด และร่วมสนทนาในหัวข้อที่ต้องการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างจริงจัง (Krueger and King, 1998) บุคคลที่มีความสำคัญในการที่จะกระตุ้นความคิดเห็นความรู้สึกร่วมของผู้เข้าร่วมการสนทนา คือ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ที่จะเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นของตนออกมาอย่างเต็มที่และเต็มใจ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มต้องมีความยืดหยุ่นในการสนทนา แต่อยู่ในขอบเขตของเวลาและให้ได้ข้อมูลที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง

ข) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแต่ละชมรม เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสังเกตแบบมีส่วนร่วม และในระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะสังเกตและบันทึกการตอบสนองทางร่างกายของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มแต่ละคน เช่น ลักษณะน้ำเสียง ภาษาทางกาย และการแสดงออกทางสีหน้า นอกจากนี้ยังมีการสังเกตบริบทแวดล้อมต่างๆ ในการดำเนินกลุ่มสนทนา โดยจะทำการบันทึกภายหลังสนทนากลุ่มเสร็จสิ้นทันที

ค) การบันทึกภาคสนามประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การบันทึกภาคสนามโดยผู้วิจัยเองซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะทำการบันทึกภาคสนามเมื่อการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้นในแต่ละกลุ่ม และในส่วนที่ 2 เป็นการบันทึกภาคสนามโดยผู้บันทึกการสนทนาซึ่งจะทำการบันทึกร่วมไปกับการบันทึกการสนทนากลุ่มโดยย่อ และนำข้อมูลจากการบันทึกภาคสนามไปประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการวิจัย

โดยมีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.5.1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อหัวหน้าแผนกส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้รับคำแนะนำและข้อมูลในการติดต่อผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ซึ่งได้แก่ หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขหรือหัวหน้าสถานี

อนามัย หลังการติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่ได้รับการแนะนำและพาไปติดต่อประธานชมรมผู้สูงอายุ

2.5.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อประธานชมรมผู้สูงอายุจำนวน 5 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณดาราราม ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ลา ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากกราน ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบางบาล และชมรมผู้สูงอายุรักสุขภาพ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยและอธิบายให้ทราบถึงหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

2.5.3 เมื่อผู้วิจัยได้รับการตอบรับจากประธานชมรม ผู้วิจัยชี้แจงคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และขอความร่วมมือในการช่วยแนะนำผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและร่วมค้นหาผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรม ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้สูงอายุที่ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษา

2.5.4 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการสนทนากลุ่มและทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่ละท่าน เมื่อผู้สูงอายุยินยอมจะทำการทดสอบภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai 2002) และภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ถ้าผู้สูงอายุได้คะแนนผ่านตามเกณฑ์สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ได้ ไม่พบผู้สูงอายุที่ไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนดเบื้องต้น หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่มตามความสมัครใจ

2.5.5 การติดต่อนัดหมายผู้สูงอายุในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยประสานงานร่วมกับประธานชมรมผู้สูงอายุทำการนัดหมายผู้สูงอายุครั้งละ 8 คนเพื่อเข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม และแจ้งให้ทราบว่าหากผู้สูงอายุมีกิจธุระด่วนไม่สามารถมาร่วมในการสนทนากลุ่มตามวันเวลาที่นัดหมายได้ผู้วิจัยขออนุญาตในการยกเลิกการเป็นผู้ร่วมสนทนา การนัดหมายสถานที่ในการจัดการสนทนากลุ่มดังนี้ ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ลาที่สถานีอนามัยตำบลแม่ลา ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากกรานที่สถานีอนามัยตำบลปากกราน ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณดาราราม ชมรมผู้สูงอายุบางบาล และชมรมผู้สูงอายุรักสุขภาพ ที่ห้องประชุมชั้น 1 อาคารศรีสรวเพ็ชร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

2.5.6 การเตรียมตัวก่อนการสนทนากลุ่ม ปฏิบัติดังนี้

2.5.6.1 ผู้วิจัยทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย จุดมุ่งหมายแนวคำถาม เพื่อช่วยให้การสนทนากลุ่มอยู่ในเรื่องที่ต้องการข้อมูลการพูดตามแนวทางการสนทนากลุ่ม และชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงหน้าที่ในการบันทึกการสนทนา การดูแลความเรียบร้อยทั่วไป และนัดหมายเวลา

2.5.6.2 นัดหมายผู้ช่วยวิจัยในเรื่องเวลา และชี้แจงหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ในการบันทึกการสนทนา โดยบันทึกประโยคแรกที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มพูดทุกคนตามลำดับ และผู้ช่วยให้การดูแลความเรียบร้อยทั่วไป ให้ช่วยดูแลความเรียบร้อย และอำนวยความสะดวกใน ระหว่างการดำเนินการสนทนากลุ่ม

2.5.6.3 นัดหมายเวลาและกำหนดสถานที่ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุทราบและยืนยันการนัดหมาย

2.5.6.4 ผู้วิจัยเดินทางถึงสถานที่นัดหมายก่อนเวลาอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง ติดต่อประธานชมรมผู้สูงอายุแนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นจัดเตรียมสถานที่ในการ สนทนากลุ่ม โดยพยายามจัดโต๊ะที่มีอยู่ให้ใกล้พอที่จะได้ยินเสียงผู้สูงอายุ

2.5.6.5 จัดเตรียมอาหารว่างที่จะให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มรับประทาน เพื่อให้ รู้สึกผ่อนคลาย และเตรียมของที่ระลึกเพื่อตอบแทนในการให้ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมการ สนทนากลุ่มหลังจากที่การสนทนากลุ่มจบลง

2.5.7 ขั้นตอนในการร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อผู้สูงอายุที่นัดหมายไว้มายังสถานที่ นัดหมาย ตามเวลาให้เริ่มการสนทนากลุ่มได้ หากผู้สูงอายุที่นัดหมายไว้มายังไม่ครบตามจำนวนที่นัดหมายแต่มา 8 คนขึ้นไปให้เริ่มการสนทนาได้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.5.7.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวต้อนรับและสร้างสัมพันธภาพโดยการ กล่าวสวัสดิด้วยสื่อน้ำยืมแยมแจมใส แนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมี ความรู้สึกเป็นกันเอง อธิบายวัตถุประสงค์ บทบาทของผู้วิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอ อนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เทปการสนทนาจะเก็บไว้เป็นความลับและ จะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดลง จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลและจะเสนอผลที่ได้เป็น ภาพรวม ผู้สูงอายุมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ต้องการได้โดยไม่มีผล กระทบใดๆ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1 ½ - 2 ชั่วโมง และอธิบายให้เห็นความสำคัญ จากผลที่คาดว่าจะได้รับการจากสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเต็มใจและยินดีให้ ความร่วมมือ

2.5.7.2 ตรวจสอบคุณสมบัติผู้สูงอายุอีกครั้งและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมการสนทนากลุ่มแต่ละคนลงในแบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.5.7.3 จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และเริ่มการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนากลุ่ม (ภาคผนวก ค) ขณะทำการสนทนากลุ่มผู้วิจัยแสดงความเป็นผู้ฟังที่ดี สนใจ ตั้งใจฟังการสนทนา เมื่อมี ข้อมูลที่มีความคลุมเครือผู้วิจัยจะใช้คำถามเจาะลึกเพื่อความกระจ่างของข้อมูลไม่ปล่อยผ่านข้อ

สงสัยนั้นไป และระวังการแสดงความคิดเห็นใดๆอันเป็นการชี้ช่องคำตอบให้กับผู้เข้าร่วมการสนทนา รวมทั้งระมัดระวังน้ำเสียงในการสนทนา มีช่วงจังหวะของการหยุดเงียบหรือมีการกระตุ้นผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเป็นระยะเพื่อให้เกิดกระบวนการกลุ่มมากขึ้น และดำเนินการสนทนากลุ่มอย่างมีเทคนิคบนพื้นฐานของการสร้างสัมพันธภาพ ความเป็นกันเอง จนกระทั่งการสนทนากลุ่มยุติลง

2.5.7.4 ขั้นปิดการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวสรุปข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ กล่าวขอบคุณและมอบของที่ระลึกแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มทุกคน

2.5.8 ภายหลังการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้นผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนามซึ่งประกอบไปด้วยการอธิบายฉากและภาพเหตุการณ์ขณะสนทนา ข้อมูลต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่พบในการสัมภาษณ์โดยย่อ ปัญหาที่พบในการสนทนากลุ่มหลังการสนทนากลุ่มทุกครั้ง

2.6 การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และตามความยินยอมอย่างสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้ทราบถึงเรื่องที่สนทนากลุ่ม การขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง การรักษาความลับโดยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การปกปิดชื่อและสถานที่ของผู้ให้ข้อมูล การนำข้อมูลไปอภิปรายเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม และเฉพาะการนำเสนอทางวิชาการเท่านั้น ขณะสนทนากลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มสามารถไม่ตอบคำถามใดๆที่รู้สึกไม่สะดวกใจหรือยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย มีการเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเก็บใบยินยอมและข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างปลอดภัย

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้กับการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 หลังจากที่ทำการสนทนากลุ่มเสร็จแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำเทปบันทึกการสนทนากลุ่มและบันทึกการสนทนากลุ่มมาถอดความเป็นคำต่อคำ(Verbatim) ออกมาเป็นบท

สนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งโดยการฟังเทปบันทึกการสนทนาซ้ำ ร่วมกับการอ่านบทสนทนาออกมาเป็นตัวอักษร และนำข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่ได้มาวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

3.1.2 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัดซ้ำๆ ไม่ต่ำกว่า 4-5 รอบ เพื่อให้เกิดความคิดความเข้าใจรอบยอดเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการตามวัตถุประสงค์การวิจัย พยายามจับประเด็นคำสนทนาให้เป็นหมวดหมู่ และดึงประโยคหรือข้อความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความหมายของการตายดี โดยการขีดเส้นใต้และเขียนแยกข้อความสำคัญนั้นไว้

3.1.3 นำข้อความหรือประโยคสำคัญที่ทำการแยกไว้ มากำหนดความหมายในแต่ละข้อความประโยค เพื่อใช้ในการจัดหมวดหมู่ของข้อความ

3.1.4 นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมายแล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภทหรือลักษณะความหมายที่เป็นทำนองเดียวกัน โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดรหัสข้อความ (Coding) ไว้ข้างบนบทสนทนาที่อ่าน และพิจารณาคำต่างๆ ที่ถอดรหัสออกมา และนำมาจัดหมวดหมู่ (Category) หรือจัดเป็นประเด็นย่อย (Sub-Theme) สรุปประเด็นย่อยที่มีเนื้อหาอยู่ในกลุ่มเดียวกันไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก (Theme)

3.1.5 คัดเลือกและรวบรวมบทสนทนาที่คิดว่าให้รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันเป็นประเด็นหลัก ใช้เทคนิคตัดปะโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยโดยวิธีการคัดลอกและวาง (Copy and paste) พร้อมอ้างอิงหมายเลขกลุ่มสนทนาและบรรทัดที่อ้างอิงไว้ตอนท้ายบทสนทนาที่คัดเลือกมาด้วย

3.1.6 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเช่นนี้ทุกครั้งหลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่ม และได้ทำการวิเคราะห์หรือขยายต่อทั้งหมดอีกครั้งตามลำดับที่กล่าวมาข้างต้น โดยพิจารณาความหลากหลายของข้อมูลทั้ง 5 กลุ่ม

3.1.7 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและการสนทนากลุ่ม

3.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ตามที่ Guba and Lincoln (1989) ได้กล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพไว้ 4 ประการ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยทำการวิจัยอย่างมีขั้นตอนกระบวนการ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีความยินยอมและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มก่อนที่จะเข้าประเด็นการสนทนาโดยการเข้าไปพบปะพูดคุย และร่วมกิจกรรมของแต่ละชมรมดังนี้ ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ลาเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ชมรมผู้สูงอายุตำบลปากกระวานเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง ชมรมผู้สูงอายุวัดสุวรรณดารามเข้าร่วมกิจกรรม

5 ครั้ง ชมรมผู้สูงอายุบางบาลเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง และชมรมผู้สูงอายุรักษภาพเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง การดำเนินการสนทนาให้มีความเป็นกันเองและอิสระ ก่อนที่จะจบการสนทนา ผู้วิจัยสรุปผลการสนทนาเพื่อยืนยันความเข้าใจในข้อมูลที่ได้ของผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม รวมทั้งผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการตรวจสอบข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและจบการศึกษาระดับปริญญาโท โดยการให้ถอดรหัสข้อความและร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรหัสข้อความที่ผู้วิจัยถอดรหัสออกมา ร่วมตรวจสอบข้อมูลด้วย (Peer debriefing) (ภาคผนวก ง)

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนไปยังประชากรกลุ่มอื่น แต่จะนำเสนอข้อมูลที่จะเอื้อต่อการถ่วงและครอบคลุม เพื่อใช้ในการอ้างอิงในปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเหมือนกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น หรือผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยจะเป็นผู้คิดและตัดสินใจในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตน

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่มีความละเอียดครบถ้วน และมีการตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งเปรียบเสมือนผู้เชี่ยวชาญ

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป ถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ประกอบกับบันทึกการสนทนากลุ่ม มีการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของการสนทนาอีกครั้งด้วยการฟังเทปซ้ำ การจดบันทึกข้อมูล (Field note) หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ครั้งที่ วัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล จุดประเด็นที่ต้องการถามเพิ่มเติมในกลุ่มต่อไป (ภาคผนวก ค) และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มในการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจความน่าเชื่อถือของงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิจัยอย่างมีขั้นตอนกระบวนการ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีความยินยอมและมีคุณสมบัติตามที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มก่อนที่จะเข้าประเด็นการสนทนา ดำเนินการสนทนาให้มีความเป็นกันเองและอิสระ การเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกัน ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป ถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) ประกอบกับบันทึกการสนทนากลุ่ม การจดบันทึกข้อมูล (Field note) หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มในการวิเคราะห์ข้อมูล มีการตรวจสอบข้อมูลโดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพที่จบ

การศึกษาระดับปริญญาโท ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนไปยังประชากรกลุ่มอื่นแต่จะนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนและครอบคลุมเพื่อใช้ในการอ้างอิงในปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเหมือนกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น หรือผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยจะเป็นผู้คิดและตัดสินใจในการนำผลการวิจัยไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เป็นระเบียบวิธีการวิจัย เพื่อศึกษาความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ เก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยการสนทนากลุ่มร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม จำนวน 5 กลุ่ม รวมผู้สูงอายุ 40 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกต่อการตายในมิติที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการ หรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ต้องการ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงวัยตอนปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการตายดี ได้แก่ ตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และตายอย่างหมดห่วง

ความหมายของการตายดี

การตายดี : ตายอย่างสงบ หมายถึง การจากไปอย่างสงบจิตไม่ฟุ้งซ่าน รักษาใจให้เป็นปกติสามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดสงบ โดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่เราได้สะสมมา ตั้งจิตมั่นไม่ฟุ้งซ่านไม่หวาดหวั่นต่อความตายจะทำให้เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ซึ่งความหมายของการตายอย่างมีสติประกอบด้วย

- ก) จิตไม่ฟุ้งซ่าน
- ข) ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ
- ค) เหมือนคนนอนหลับ

การตายดี : ตายตามธรรมชาติ หมายถึง เป็นการตายตามอายุขัยไปอย่างเรียบง่าย ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานเป็นภาระให้ลูกหลานมาดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้นิยารวออกไป ในยามที่จากไปมีลูกหลานมาห้อมล้อมเตรียมจิตใจให้พร้อมยอมรับการจากไป ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาแก่ไปก็ต้องตาย เป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกายอวัยวะต่างๆ ในร่างกายค่อยๆ หมดสภาพไปตามธรรมชาติ ซึ่งความหมายของการตายตามธรรมชาติ ประกอบด้วย

- ก) ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต
- ข) ค่อยๆหมดไปตามธรรมชาติ
- ค) ไม่ป่วยนานเป็นการะลุกลาน
- ง) มีลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

การตายดี : ตายอย่างหมดห่วง หมายถึง เป็นการจากไปอย่างหมดห่วงหลังจากได้จัดการภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัวมีการสั่งเสียลูกหลาน เตรียมทรัพย์สินสมบัติจัดสรรมรดกพินัยกรรมให้เรียบร้อย และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดีไว้ ซึ่งความหมายของตายเมื่อพร้อมประกอบด้วย

- ก) หมดห่วงแล้ว
- ข) ได้เตรียมพร้อมแล้ว
 - เตรียมใจตนเอง
 - เตรียมครอบครัว
 - เตรียมทรัพย์สินสมบัติ
 - เตรียมทำบุญ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการสนทนากลุ่มในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 5 ชมรม มีผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจำนวน 40 ราย ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนปีที่เป็นสมาชิกชมรม นำเสนอดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มสนทนา จำแนกตามเพศ อายุ และจำนวนปีที่เป็นสมาชิกชมรม

กลุ่มที่	จำนวน (คน)	เพศ		อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$)	จำนวนปีที่เป็นสมาชิกชมรม ($\bar{X}$)
		ชาย	หญิง		
1	7	4	3	67.57	2
2	10	4	6	75.10	6
3	7	1	6	68.14	1.5
4	8	3	5	68.38	1.75
5	8	4	4	69.37	8.5
รวม	40	16	24	69.71	4.45

จากตารางที่ 1 พบว่าในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ 5 ชมรม ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 40 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน โดยเป็นเพศชาย 16 คน เพศหญิง 24 คน อายุระหว่าง 60-86 ปี อายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 69.71 ปี ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกชมรมระหว่าง 1-9 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย ($\bar{X}$) 4.45 ปี

ส่วนที่ 2 ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ

ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ หมายถึง ความคิดความรู้สึกของการตายที่ผู้สูงอายุไทยพุทธมองว่าตรงกับความต้องการหรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ตนต้องการ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงวัยปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการตายดี ได้แก่ ตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และตายอย่างหมดห่วง ในแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความหมายของการตายดี

การตายดี : ตายอย่างสงบ

ตายอย่างมีสงบ หมายถึง การจากไปอย่างสงบรับรู้อยู่ตลอดเวลาไม่ตื่นตระหนก ไม่กลัว ไม่กลัว ไม่ไว้วางใจ ใจให้เป็นปกติสามารถนอนนำจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่เราได้สะสมมา ตั้งจิตมั่นจิตไม่ฟุ้งซ่านไม่หวั่นหวาดต่อความตายจะทำให้เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ซึ่งจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนามีการให้ความหมายของการตายอย่างสงบไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจและเหมือนคนนอนหลับ

ก) จิตไม่ฟุ้งซ่าน

จิตไม่ฟุ้งซ่าน หมายถึง การการมีสติรับรู้อยู่ตลอดเวลาว่าเรากำลังทำอะไรอยู่ จะนิ่งก็ให้รู้ว่ามีอะไร จะเดินก็ให้รู้ว่าเดิน เป็นการระลึกได้รับรู้ถึงสิ่งที่เราได้กระทำหรือพูดออกไป รวมถึงการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นกระทำต่อเราอยู่ การที่จิตไม่ฟุ้งซ่านเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายแห่งชีวิตจะทำให้สติยังอยู่กับตัวเราไม่ตื่นตระหนกหรือวุ่นวายใจมีการรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมรอบตัวตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า

“พ่อก็นอนเฉยๆ กินอะไรไม่ไป 10 กว่าวัน ตา.....นะ (พ่อผู้ให้ข้อมูล) หยอดน้ำ 7 วัน เอาหลอดทานตะวัน สมัยก่อนเอ็งเข้าใจมั๊ยป้าไม่ทันสมัยไม่รู้จะไปซื้อที่ไหนเลย อี... (เพื่อนบ้าน) เขามาเยี่ยมเขาก็เอาของบ้านยาย.....มาให้ฉัน ใช้ไปตั้งหลายวัน

หยอดน้ำอยู่ 17 วัน กินไม่ได้ แต่แกก็ดิ้นแกพูดได้จนแกตาย แกตายดีสามหั่วคำแกยังพูดอยู่เลย” (FG-1, L218-226)

“พ่อยากมีสติ ก่อนจะตายใครไปเยี่ยมไปอะไรขอให้จำได้ ขอให้พูดได้ ถ้าเผื่อว่าเขาพูดว่าเขามาแล้วนะมาเยี่ยมมาให้เรารับรู้ ให้เรารับรู้ว่าคนนั้นคนนี้มาเยี่ยมเรา เราอยากจะได้จะเสียจะพูดอะไรขอให้เราได้พูด พูดกับคนที่มาเยี่ยมเรา ถ้าเผื่อว่าเราจะตายหมายถึงเราจะหมดลมเนี่ยะ ถ้ามีคนมาบอกหนทางเราก็ขอให้เรานึกถึงหนทางเราเป็นอย่างนั้นนะ ขอให้ไปในทางที่ดี ไม่ทุรนทุรายอย่าไปทุรนทุราย ให้มีสติแน่นไปเลยหนึ่งไปเลย ความปรารถนาอยากเป็นอย่างนั้น” (FG-3, L343-349)

“อย่างแม่ของสามีไปดูเขาที่บ้านพี่ก็คิดว่าเขายังมีสติ พอเข้าไปพี่ก็จะไปจับตัวจับแขน เขายังพูดได้เขาพูดว่า ไอ้.....มาหรือเปล่า เขาบอกมา แกก็เรียกพี่ก็เข้าไปจับแขนบอกว่าแม่หนูมาแล้ว แกบอกให้ออกห่างๆ แม่จะอย่าเข้ามาใกล้แม่ ต้องอยู่ต้องแก่แล้วต้องเจ้า..... เสร็จแล้วก็ออกไปข้างนอก แกก็พูดอีกนะไอ้.....มันออกไปหรือยัง บอกแกว่าอยู่ข้างนอกนี้แหละแม่ แกก็พูดกับคนโน้นคนนี้พอชักพักราวครึ่งชั่วโมงก็ขาดใจ พี่ก็เอ๊ะแสดงว่าแม่เขาก็มีสตินะคือเขายังเป็นห่วงเราว่าเรามีต้องอย่าเข้าไปใกล้เขา” (FG-3, L461-468)

“ตอนที่คุณพ่อพี่ดูแลอยู่ รู้สึกตอนที่จะไปพ่อนี้จะห่วงลูกนะเพราะคิดถึงพี่ชายคนหนึ่งยังไม่มาเขาถามว่าคนนั้นมาหรือยัง เราก็บอกว่าเดี๋ยวพี่มานะเราก็เอามือให้จับไว้จับมือเราแน่นเลยเรานี้เจ็บเลยจะเอาออกแกก็ไม่ยอมปล่อย จนกระทั่งพี่ชายมาพักหนึ่งแกก็ค่อยๆ ปล่อยมือเราแล้วค่อยๆ ยกมือสองข้างเข้าหากันเป็นท่าพนมมือ (ท่าท่าพนมมือให้ดู) แต่มือไม่ติดมาไว้แค่หว่างอกก็ไป เราจะยกให้ติดกัน คนข้างๆ บอกว่าเดี๋ยวแกจะห่วง แล้วแกก็ไป พี่คิดว่าพ่อตายอย่างมีสติ” (FG-4, L231-237)

“พอตอนจะตายแกหลับไป แกเรียกแม่มีงเฮียจะตีห้าแล้วลูกสวดมนต์ให้ที เราก็บอกหั่วคำซำก็สวดให้แกแล้วซำก็วิ่งเข้ามาหลายคืน แกบอกลูกสวดมนต์ให้ทีเราก็ไม่ลูก พอลุกขึ้นมาพยาบาลจะมาทำความสะอาดมาวัดไข้ แกเคยต้องอาบน้ำล้างหน้าแปรงฟัน เราก็ไม่รู้ว่แกตาย แกหลับตายเฉยๆ เราก็เรียกว่าเฮียเป็นไงไปละพ่อมีงพุทโธนึกถึงพระพุทเจ้าไว้ แกก็อ้อออกมาคำเรานึกว่าแกยังไม่หมดลม อ้าปากมาเห็นลิ้นดำปี่เลยเรานึกว่าแกไปแน่ คนเตียงตรงข้ามเขาบอกแกยกมือขึ้นมาสาธุๆ แล้วแกก็ไป ตายมีสติคนเขาวางกัน” (FG-4, L331-339)

การที่จิตไม่ฟุ้งซ่านในยามที่จะจากไป จะทำให้มีสติอยู่ตลอดเวลาสามารถพูดคุยกับลูกหลานที่ป้าน้าอาหรือแขกที่มาเยี่ยมได้ และสามารถนึกถึงบุญกุศลสิ่งดี ๆ เห็นบุญเห็นทานที่ได้สร้างสมมา สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้จิตยึดมั่นในสิ่งที่ดี ๆ ส่งผลให้เกิดความสงบส่งผลให้จากไปด้วยดีไปสู่สุคติ ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“เราก็คิดว่าเราจะได้ตายอย่างมีความสุข ตายอย่างสงบ ใกล้เคียงมีคนดูแล อุปถัมภ์ค้ำชูไม่ทรมานทรมายไปดี จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน มีสติสามารถพูดคุยกับลูกหลานที่ป้าน้าอาแขกที่เขามาเยี่ยมได้ เราคิดว่าเราทำดีทางศาสนาบุญกุศลจะส่งให้เราไปสู่สุคติ ตายอย่างสงบตายอย่างมีความสุข” (FG-1, L821-824)

“อยากตายแบบมีสติไม่ทรมานทรมาย อยากให้มีสติได้ไหว้พระ ใจนึกก่อนตายขอให้ได้ไหว้พระสวดมนต์ ขอให้นึกถึงพระนึกถึงสิ่งบุญกุศลที่เราได้สร้างสมไว้ คิดอย่างนั้นแต่ไม่รู้ว่าใจเรามันจะมีสติอย่างนั้นหรือเปล่า ถ้าไม่มีการเจ็บปวดทรมานมันก็คงจะนึกได้ ถ้ามันมีอาการเจ็บปวดทรมานบางทีมันก็จะลืมไปหมด ถ้าเราไม่มีการเจ็บปวดมันต้องมีสติแน่ เราต้องการแค่นั้นทำอะไรอย่างมีสติ” (FG-3, L309-314)

“เราก็ตั้งใจว่าก่อนจะตายให้นึกถึงคุณพระคุณเจ้าเชื่อว่าเราจะไปเกิดที่ดีๆ ไปเกิดในที่ที่ดีๆ ก่อนถ้าเรานึกถึงความดี ธรรมะนึกถึงพระเมื่อเราจะขาดใจเราจะต้องตายที่ดี ถ้าเรานึกถึงสิ่งไม่ดีเราก็คงจะลงนรก เราจะนึกถึงสิ่งที่ดีก่อน” (FG-4, L65-68)

“ หลวงพ่อ.....เขาบอกว่าให้ไปฝึกวิปัสสนาจะแก้ได้ เพราะการนั่งนานๆจะปวดจะเมื่อยต้องหัดทนได้ แล้วยิ่งทนนานๆเข้ามันจะเข้าที่ เราทำไม่ได้บาร์มีไม่ถึงยังไม่ข้ามเราข้ามเวทนาไม่ได้ เหมือนอย่างเรานั่งพอเราเมื่อยเราจะเลิกเราทนไม่ไหว หลวงปู่..... ท่านสอนมันต้องเอาตัวเอาตัวตายเข้าแลก การปฏิบัติตอนที่เรามีชีวิตอยู่มันจะเป็นที่พึ่งของเรา เวลาตายให้มีสติคิดแต่สิ่งดี ๆ เห็นบุญเห็นทานที่ทำมา” (FG-5, L407-412)

การตายอย่างสงบเป็นการตายที่รู้จักการตาย อาการของความตายแต่ละขณะ เช่น ดิน น้ำ ลม ไฟ จะถอยจากปลายเท้าปลายมือ อาการต่างๆ เหล่านี้ก่อนที่จะหมดลมหายใจจะสามารถรับรู้และสังเกตได้ การรักษาจิตใจให้เป็นปกติไม่ฟุ้งซ่าน จะช่วยให้จิตสงบได้ในยามเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต วาระสุดท้ายของชีวิตถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตอีกครั้งหนึ่งที่ต้องเผชิญ ดังที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ตายอย่างสติอยู่ทุกขณะขนามเมื่อเวลามันออกไปจุติแล้ว หมายถึงมันเคลื่อนออกจากร่างแล้วมันจะไปของมันเลยถูกทางด้วย เรียกว่าไปอย่างถูกทาง แต่ยังมีมอง

กลับมาเห็นอยู่นะ ชากอยู่ตรง นั้นสังขารอยู่ตรงนั้นนะ มองเห็นนะไม่ใช่ไปแล้วมีดบาดไปเลย” (FG-2, L562-566)

“ ถ้าเทียบกับระดับพระ.....ท่านตายอย่างมีสติแม้ว่าจะตายพระองค์ท่านยังฝากลูกชายพระ....ท่านยังฝากบอกไว้ว่าท่านเจ้าคุณหมายถึงสมเด็จพระเจ้าพระยามหา.....ท่านบอกไว้ว่าท่านเจ้าคุณถ้าลูกของฉันผิดข้อใหญ่ขอฝากท่านด้วยอย่าประหาร ขอชีวิตประหารนั้นไว้ให้เป็นแค่โทษเนรเทศ ที่นี้ท่านฝากไว้ฝากไว้แค่นี้แหละแล้วท่านก็สิ้น นี่เรียกว่าตายอย่างมีสติ และอีกอย่างหลวงพ่อกฐา.....ท่านก็ตายอย่างในลักษณะที่บอก ภิกษุสามเณรที่นั่งอยู่ข้างๆ ก่อนที่ท่านจะหมดลม ท่านบอกว่านี่มนุษย์เขาไปกันอย่างนี้นะ มนุษย์ที่มีจิตใจสูงเขาไปอย่างนั้น เขาจะรู้อยู่ทุกขณะจิต เนี่ยอันนี้เท่าที่เห็น” (FG-2, L519-529)

ข) ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ

ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ หมายถึง เมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตร่างกายและจิตใจจะมีความอ่อนแอจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่ต้องพลัดพรากจากโลกนี้ไป การมีจิตใจที่มั่นคงโดยการตั้งจิตให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตั้งงามในทางที่เราจะไป รักษาใจให้สงบปล่อยวางในทุกสิ่งทุกอย่างตั้งจิตใจให้มั่นว่าเราจะไปดี จะทำให้เกิดการสงบต่อตนเองไม่ฟุ้งซ่านไม่ทรมานทรมานและเกิดความสงบแก่คนรอบข้างที่ไม่ต้องพบเห็นความทรมานทรมานก่อนจากไป ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ มีสติก็ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่กลัว ไม่กลัว ไม่ร้องไห้อววย จิตมุ่งว่านี่มันตายนะ คือตายต้องตายวิญญานจะออกจากร่างไป เราคงกำหนดไม่ได้หรอกว่าเราจะตายตั้งแต่เมื่อปลายเข้ามาหานี้ แต่เราให้มีสติตั้งใจให้มีสติไว้ก็แล้วกัน นี่ถึงคุณงามความดีที่เราสร้างสมกันมา เพราะฉะนั้นความดีต่างๆ ที่เราสร้างสมมาช่วยเราไปหน่อยเถอะ” (FG-2, L637-640)

“ต้องทำกรรมดีสะสมบุญกุศลไว้มากๆ ประารถนาว่าจะได้ไปสวรรค์ชั้นนั้นชั้นนี้อีกที่เราเห็นภาพผาผนังสวรรค์นรก ในนรกไฟลุกขึ้นมาชูไม้ชูมือกระโดดกระเดกกันอยู่ การทำความดีนั้นนางฟ้านางสวรรค์เข้าห้อมล้อมวนเวียนทำให้เราเคลิบเคลิ้ม สติเวลาเราจะจากไปยึดให้มั่นว่าเราจะไปดีเราจะไปสวรรค์ไปนิพพาน ถึงไม่ถึงไม่รู้ละประารถนาไว้อย่างนั้น” (FG-2, L660-665)

“ เราต้องตายให้อย่างที่เรียกว่ามีสติ ต้องให้มีสติ ก็คิดว่าจะพยายามทำอะไรไว้แล้วแต่ทำอย่างมีสติ ถึงแม้จะไม่ว่าทุกเวลาทุกนาที่ที่คิดนี้จะคิดแบบไม่ฟุ้งซ่าน จะตั้ง

จิตจะทำอะไรก็ทำสิ่งนั้น พยายามทำแต่สิ่งที่ดีทั้งนั้นเลยอย่างสร้างบุญสร้างกุศล อย่างเงินเวลานี้เป็นข้าราชการบำนาญคิดว่าทุกบาททุกสตางค์จะพยายามทำบุญให้มากที่สุด สร้างบุญสร้างกุศล” (FG-3, L38-43)

การมีสิ่งนำทางเพื่อน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบหรือน้อมระลึกในสิ่งดีงามที่เป็นกุศลที่เราได้สร้างสมมา อาจจะเป็นการจุดธูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำทางไปสู่ความสงบ การสวดมนต์หรือการเปิดเทปธรรมะ การพูดบอกทางให้ระลึกถึงความดีที่ได้กระทำมา หรือการพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้ สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญเป็นกุศลช่วยให้สุขุขคติให้ไปสู่สิ่งที่ดีงาม ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ ก่อนจะตายให้นึกถึงอะไรหนึ่งวันจะได้ไปสู่ที่สุคติให้ไปสู่ที่ดีงาม ศาสนาเป็นยาใจช่วยให้จิตใจสงบ พูดอะไรหนึ่งให้จิตไปในทางที่ดีสงบๆ จะได้ไปทางดีก่อนไม่คิดฟุ้งซ่านไปทางอื่น” (FG-1, L835-838)

“ เขาบอกว่าคนที่จะขาดใจให้พูดแต่สิ่งที่ดีให้นำทาง นึกถึงตรงไหนก็จะไปทางนั้นก่อน ก็จะมีคนพูดนำว่านึกถึงพระอรหันต์อะไรอย่างนี้ บางคนก็พุทโธ พุทโธ แม้ตอนที่คนพ่อจะเสียชีวิตเขาก็เอาพระพุทธรูปไปวางไว้ที่หัวเตียง ตายที่โรงพยาบาลนะ แล้วก็บอกพ่อจุดธูปให้ตลอดเลย บอกพ่อนึกถึงพระนะจะสวดมนต์ช่วยกันสวดให้เขาได้ยินเสียงที่ได้ยินเป็นเสียงของธรรมะจะได้ไปในทางที่ดี ก็คิดว่าเขาได้ยินเสียงสวดมนต์ได้กลิ่นธูปนี้จะทำให้วิญญาณไปในชั้นที่สงบ” (FG-2, L576-582)

“ ผมรู้ว่าพ่อผมจะตายวันตายพรุ่งก็ได้ รู้สึกว่าคืนนี้ได้มั้งที่พวกพี่น้องเขามา กัน เห็นพ่อหายใจอ้าปากพะงาบๆ ก่อนพ่อหมดลมหายใจแกก็อ้าปาก พี่.....ข้างบ้านไปตะโกนข้างพุทโธๆ ผมยังห้ามเลยอย่าไปยุ่งกับพ่อเขากำลังจะไปสบายอย่าให้พ่อวอกแวก ไม่ต้องพุทโธหรือบอกพ่อผมทำความดีมาตลอด จุดธูปได้กลิ่นธูปพ่ออ้าปากแล้วก็เสียชีวิต มีคนบอกว่าลุงนี้ตายดีมาก” (FG-4, L355-361)

การมีสิ่งน้อมนำจิตใจให้เป็นกุศลมีความสำคัญที่จะช่วยน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเนื่องจากในบางครั้งขณะเจ็บป่วยใกล้ตายสติอาจจะขาดจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การมีสิ่งนำทางจะช่วยยึดเหนี่ยวให้จิตใจสงบมีสิ่งยึดมั่นช่วยให้มีสติมากขึ้น อาการเจ็บปวดทรมานทรมานก็จะค่อยๆ ทุเลาเบาบางไป เกิดอาการสงบและจากไปในที่สุด ดังเช่นที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ พี่ชายเป็นมะเร็งในตับไปอยู่โรงพยาบาล.... อาการก็แย่นะเราไปเยี่ยม ที่หัวนอนก็มีพระอยู่ด้วย อาจารย์.....ศึกษา.....เขาจะเอาพระไปไว้ที่หัวเตียง ค็นั่นเขาก็จะมีพระอยู่ พอเข้าตอนตีห้าเขาก็ไปนอนกอดพระไว้ละ” (FG-5, L250-253)

“ การตายอย่างมีสติอย่างที่ทุกคนได้กล่าวไว้แล้วและก็คิดถึงเรื่องดีๆ แต่บางครั้งความเจ็บป่วยใกล้ตายสติก็อาจจะขาดก็ควรมีคนนำทางอย่างเช่น เปิดเทปธรรมะ หรือมีคนมากระซิบข้างหูพุทโธพุทโธไปดินะ คือ อาจจะได้อหรือไม่ได้อก็ไม่ทราบแต่ควรทำอย่างหมอ.....นี่พี่เอาหนังสือมาเลย ฟังไม่ฟังไม่รู้ละ on bird อยู่ พี่ก็พุทโธ พุทโธ พุทโธ ฟังนะๆ แล้วพี่ก็ท่องพาหุ ชินบัญชร อะไรต่อมิอะไรเรื่อยเปื่อยไปหมด จะได้หรือไม่ได้ก็ไม่ทราบ” (FG-2, L691-697)

“ ลูกที่กรุงเทพฯ เขาก็อยู่ในสาย.....พระที่วัดนั้นหลวงพี่.....ท่านก็แนะนำให้ไปบอกหนทาง สิ่งที่เขาได้ทำบุญลูกทอดกฐินให้วันที่ 19 ก็บอกหนทางให้แก่ ซึ่งอาการตอนแรกเกร็งกระสับกระส่าย พอเขานั่งบอกทางให้แก่เป็นชั่วโมงอาการนั้นสงบไปเลย แกจะรับรู้หรือไม่ก็ไม่ทราบ แกหลับสบายตลอดคืนไปเสียตอน 6 โมงเช้า ลูกให้เปิดเทปธรรมะตลอดคืน อาการแกก็สงบเหมือนแกหลับอย่างมีความสุข ค่อยๆ อ่อนไปๆ จน 6 โมงเช้าก็ไป” (FG-3, L191-197)

“ พี่ไปดูคนก่อนจะตายประมาณสี่ห้าปีที่แล้ว เขาซื้อคจากบ้านไปแล้วเป็นโรคที่ต้องพ่นยา เข้าโรงพยาบาลไม่รู้สีกตัวแล้วลูกเต้าเขาก็มาดู เขาเข้าโรงพยาบาลได้สองวันเราเข้าไป ลูกเต้าเขาก็ไม่รู้ต้องบอกหนทางอย่างไร พี่ก็บอกหนทางเขาบอกอย่างนี้ “พี่....สร้างสมบุญเอาไว้ทำบุญทำทานได้ทอดกฐินทอดผ้าป่า ทำอะไรไว้บ้างขอให้นึกถึงการบุญการกุศลที่สร้างไว้ อย่าไปห่วงใครเลยลูกเต้าทุกคนเขาสบายกันหมดแล้วขอให้พี่ไปอย่างสบายๆ” พอสัปดาห์เขาก็ขาดใจ” (FG-3, L270-277)

ค) เหมือนคนนอนหลับ

เหมือนคนนอนหลับ หมายถึง การนอนแล้วหมดลมไปเฉยๆ เหมือนนอนหลับไปอย่างสงบ ไปอย่างเจียบๆ ไม่ต้องมีอาการทรมานทรมายถือว่าเป็นการไปอย่างดี นอนหลับก็ขอให้ไปเลย ผู้สูงอายุมองว่าการนอนหลับแล้วไปเลยเป็นการที่ไม่ต้องรับรู้ไม่ต้องมาทรมานทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและไม่เป็นภาระให้ลูกหลานต้องมาดูแล ซึ่งทุกคนหวังอย่างเหลือเกินที่จะตายอย่างสบายเหมือนนอนหลับ ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ แบบนอนตายไปเฉยๆ หมดลมเฉยๆ เหมือนนอนหลับนอนตายบนเตียง ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลไม่ต้องให้ลูกหลานไปเฝ้าตามโรงพยาบาล ไม่ต้องไปทรมานทรมาย

นอนตายกลางถนน อยากนอนตายแบบนั้นนอนตายในบ้านของเรา อยากตายแบบสบายๆ ตายอย่างสงบ” (FG-1, L568-576)

“ พูดถึงความตายถึงเวลาเขาก็เอาเขาเก็บของเขาไป ก็ไม่มีอะไรทำบุญก็เยอะแล้ว ไปก็ให้ไปดีๆ อย่าไปทรมานใช้ได้แล้ว ไปแบบไม่ทรมานทรมาน ไปแบบสบายๆ นอนหลับไปเฉยๆ” (FG-2, L267-269)

“ คิดว่าคนเราก็ต้องตาย ถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างไม่วุ่นวาย นอนหลับกินอิ่ม หลับหมดลมหายใจไปเลยไม่เสียตายชีวิต อย่าต้องทรมานอย่าเป็นภาระให้ลูกให้หลานต้องดูแล ไม่อยากให้เป็นแบบนั้น ขอให้แบบกินอิ่มนอนหลับตายทุกคนหวังเหลือเกินตายอย่างสบายเหมือนนอนหลับ” (FG-3, L97-100)

“ ความคิดของป้าเขาจะเอาเราไปเราก็ต้องไป แต่เราเองก็อยากไปในสิ่งที่ดี แต่มันจะเป็นไปได้หรือเปล่านั้นไม่รู้ แต่ขออย่าเจ็บป่วย หลับนอนก็เอาไปเลย สวดมนต์ก็ขออย่างนั้น เราไม่มีใครไม่มีลูกเราขอหลับไปเลย ใต้ที่ตายลำบากสบายเราไม่รู้เอาเท่าที่เราเห็นก็แล้วกัน” (FG-3, L350-353)

“ ไปอย่างเงียบๆ ไม่ต้องมีอาการทรมานทรมาน คิดว่าแบบนี้จะอยากให้เราสวดมนต์ไหว้พระ อาบน้ำให้สะอาด ให้ไปอย่างเงียบ ไปอย่างดี หลับไปสบายไม่ต้องมารักษา สบาย สะอาด สวดมนต์ ไหว้พระ อิ่มสบาย” (FG-3, L300-303)

การนอนหลับแล้วไปเลยเป็นการจากไปด้วยดีไม่ต้องมีอาการเจ็บปวดทรมานทรมาน การนอนหลับตายเป็นจากไปอย่างสงบเป็นสิ่งที่สมควรเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงการหมดสิ้นสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ร่างกาย เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่แน่นอนเราไม่รู้เวลาที่ตายตาย ไม่รู้ว่าตายเมื่อไหร่ จะตายอย่างไร หรือว่าตายแล้วจะไปไหน ซึ่งความตายสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุมองว่าการนอนหลับตายเป็นการตายที่ดี ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ เหมือนยาที่บ้านเหมือนกัน แกนอนอยู่หลานก็นอนอยู่ด้วย 2 คนกับ.... เข้า เอาทำไมอย่าไม่ลุกหุงข้าว เรียกว่าๆ อ้าวตัวแข็งเสียแล้ว” (FG-1, L669-670)

“ แม่กินข้าวแล้วหลับนิทรา 3 วัน ไม่ร้องไม่อะไรเลย กินอิ่มแล้วนอน 3 วันแต่เวลาไปไม่รู้ ลูกชายคนโตเขานอนในมุ้งด้วยกันว่าตายเมื่อไหร่จะได้รู้ รู้เมื่อไหร่เวลาไปไปเมื่อไหร่ไม่รู้ หลับไปเฉยๆ เรียกว่าตายดีมาก” (FG-4, L284-287)

“พอถึงตอนแม่แกลใส่บาตรเตรียมข้าวของให้แกลใส่บาตรใส่เยอะวันหนึ่ง 20 กว่าองค์ เราก็ค่อนข้างจะดูแล แกลก็ค่อนข้างจำได้ เอามัวแต่แต่งองค์ทรงเครื่อง แกลต้องผัดหน้าขาวแต่งตัวดีก่อนใส่บาตร เราก็บอกพระจะมาแล้วเดี๋ยวไม่ทัน แกลก็ค่อนข้างรีบก็วิ่งแกลไปไม่ไกลหรอก พอไปถึงแกลนั่งเราก็นั่งหลังให้ ลูกของเราถามว่าคุณแม่ทำไมคุณยายนอน มีคนเห็นว่าคุณแม่ใส่บาตรอยู่แล้วแกลก็นั่งลงค่อยๆ เอนลง คิดว่าคงไม่มีการเดินทวนทวนเพราะแก่อ้วางอยู่ข้างแกลสอดเข้าไปข้างหนึ่ง ข้างหนึ่งอยู่ข้างนอกแก่อ้วางไม่ล้มแล้วแกลก็หลับ พอลูกบอกก็วิ่งออกไปลักษณะเหมือนคนนอนหลับ แกลหลับตาและกรนเบาๆ เราก็บีบหัวใจ บอกแฟนบีบหัวใจแม่นะ แกลก็ทำไม่เป็น เราก็นั่งไปถอยรถออกมาจากนี้ไปโรงพยาบาลแค่นี้ไม่ทัน แฟนพี่เขาก็บอกแม่ๆ จับมือผมไว้ละคือต้องการให้รู้ว่าถ้ามีชีวิตยังกำอยู่ พอเสร็จแล้วแกลก็ปล่อย แกลก็ไปเลย (เสียงแผ่วลง)” (FG-4, L238-250)

“แม่แฟนนะฮะ แฟนเขารับแม่มาดูแลแกลอดเยี่ยมเลย อายุ 95 สมบูรณ์รูปร่างหมด พอตอนเย็นบอกกับลูกว่าญาติเขามารับไปด้วยกัน แฟนผมก็ไปๆๆ ได้ญาตินั่งรถพาแกลเที่ยว พอใกล้จะสว่างคนดูแลขึ้นไปตามบอกแม่จะไปแล้วนะ พุทโธ พุทโธ สุขินังสติดีมาก หน้าตาผ่องใส คุณหมอบอกว่าหัวใจหยุดไปได้ 5 นาทีเสียมาจากที่บ้านแล้ว” (FG-5, L184-189)

การตายดี : ตายตามธรรมชาติ

ตายตามธรรมชาติ หมายถึง เป็นการตายตามอายุขัยเป็นการจากไปอย่างเรียบง่ายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานเป็นการให้ลูกหลานมาดูแลไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ยืนยาวออกไป ในยามที่จากไปมีลูกหลานมาห้อมล้อมเตรียมจิตใจให้พร้อมยอมรับการจากไป ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา คนเราเกิดมาร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยแก่ไปก็ต้องตายเป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกายอวัยวะต่างๆในร่างกายค่อยๆหมดสภาพไปตามธรรมชาติ ซึ่งความหมายของการตายตามธรรมชาติ ประกอบด้วย ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานเป็นการละลูกหลาน และมีลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

ก) ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต

ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต หมายถึง ในมุมมองของผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนหนีไม่พ้นแต่ไม่อยากตายแบบทรมาน กลัวไม่ตายทีเดียว กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้าสู่ภาวะที่อวัยวะต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ มีการต่อท่อใส่สายเข้าตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย ได้พบการใส่

สายระโยงระยางการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตตามกระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานเปรียบเสมือนกับนักโทษใส่เครื่องจองจำไว้เป็นการทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ในสภาวะดังกล่าวผู้สูงอายุมองว่าเป็นการรังชีวิตที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ ความตายเป็นเรื่องทุกคนหนีไม่พ้นแต่ไม่อยากตายแบบทรมาน บอกไว้เลยว่าไม่ต้องใส่สายยางกันละ ปึ๊บปั๊บก็ส่งวิญญาณไปเลย การปั๊มหัวใจหัวใจมันหยุดทำงานไปแล้วปั๊มมันทำไม๊ยะ แล้วเอามาทรมานอีกนานเชียวแหละ ” (FG-1, L487-490)

“ ก่อนที่จะตายก็ขอส่วนตัวว่าไม่ขอตายอย่างทรมาน คำว่าทรมานในที่นี้ คือทางการแพทย์หรือทางการแพทย์ปัจจุบันก่อนที่จะตายนี้เขาปอดไม่ดี หายใจไม่สะดวก ก็ใส่สายช่วยหายใจไป คอเขาไม่ดีกินอาหารไม่ได้ช่วยรักษาชีวิตเขาไว้ก็ใส่สายอาหารเข้าไปอีก เลือดไม่ดีก็ให้น้ำเกลือ อันนี้ผมถือว่ามันเป็นการทรมาน ทรมานแทนที่จะไปอย่างสบายๆ ก็ต้องให้เขามีชีวิตอยู่ดำรงร่างกายอยู่ได้ด้วยการรับความทรมานต่อไปอีก ก็ไม่น่าจะเป็นอย่างนี้ไม่ควรทำ การใส่โน่นใส่นี้ใส่นั้นเป็นสิ่งเสริมให้ตัวเราที่ตัวเราไม่มีแล้วไปใส่นั้นให้มันนี่ถือว่าการทรมานเหมือนกับนักโทษใส่เครื่องจองจำไว้ถือเป็นการทรมานเหมือนกัน อย่างเราให้น้ำเกลือไว้เนี่ยแขนกระดูกกระดูกต้องผูกมือไว้แล้ว คนเราส่วนมากเวลาไม่สบายต้องใส่นอนใส่นี้ ขอเลือกเอาอย่างไม่ทรมาน ” (FG-2, L466-476)

การมีประสบการณ์ได้พบเห็นผู้ที่ต้องอยู่ในภาวะทุกข์ทรมานจากกระบวนการช่วยชีวิต อาจจะเป็นการดูแลบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการได้พบเห็นจากการไปเยี่ยมผู้อื่นตามโรงพยาบาล ได้พบผู้ป่วยในสภาพที่ต้องใส่สายระโยงระยาง การใส่ท่อเข้าไปตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย รวมทั้งการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตในรูปแบบหลากหลาย ซึ่งจากประสบการณ์ที่ได้พบเห็นผู้สูงอายุมองว่าเป็นการทรมาน ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ เคยบอกลูกไว้เสมอเลยว่า ถ้าแม่เป็นอะไรมากถึงขั้นต้องช่วยหายใจ ห้ามไม่ให้ใส่ bird (เครื่องช่วยหายใจ) ห้ามไม่ให้ใส่ bird เด็ดขาด เพราะคุณพ่อเจ็บให้อยู่ในห้องที่มีลูกหลานห้อมล้อมเสียชีวิตต่อหน้าเรา ตัวเองก็บอกลูกไว้ เคยบอกกับเพื่อนที่เป็นพยาบาลโรงพยาบาล..... ถ้าเป็นอะไรมาโรงพยาบาลปล่อยให้ไปเลย อย่าต้องมารังชีวิตไว้ ” (FG-2, L303-307)

“ วันนั้นนะลุงแกเริ่มเบื่ออาหารทานไม่ได้ หมอบอกลุงต้องใส่สายยางดีกว่า เขา ก็บอกว่าเอาเถอะผมยอม แกก็กลืนๆ (สายยาง) อย่างดี มันเหมือนไม่รับกระเพาะไม่

ทำงานมันไม่ย่อย พอตอนหลังมันเป็นเลือดออกมา สูดไปสูดมาไอ้โห! เลือดออกมาเป็นกระโถนเลย แปปเดียว shock เลยไม่รู้สีกตัวมาตลอด หมอก็มาบอกว่าต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ปากก็บอกหมอคะถ้าเขาจะไม่อยู่กับเราก็คงอย่าไปทรมานเลย อย่าไปทรมานเขาเลย ค่ะ (เสี่ยงสั้นเครือ)” (FG-3 , L185-191)

“ผมเคยเข้ามาในโรงพยาบาลมาดูเพื่อน ตัวเองไม่เคยเข้าโรงพยาบาล มาเห็นสภาพของผู้ป่วยต้องทรมานกันอยู่ ผมก็ภาวนาเหลือเกินว่าถ้าตัวเองจะตายอย่าให้เป็นอย่างที่เขาคือ ผมมาโรงพยาบาลหรือนั่งรถผ่านผมจะตั้งจิตอธิษฐานว่าถ้ามีเวรต่อกันก็ขอภัยเขาบ้าง สภาพต้องใส่จุกสภาพใส่ท่ออะไรเนี่ยะเห็นแล้วมันทรมาน” (FG-4, L72-76)

“ไอ้โห ทูรันทราย เคยไปเฝ้าพ่อที่โรงพยาบาลไปเห็นคนข้างๆ เติงเขาตาย ไอ้โหสารพัดใส่จุกใส่ท่ออะไรดั่งกระซอกใหญ่อะไรแบบนี้ เห็นเลือดออกมา เราเห็นแล้วทรมานน่าดูทูรันทรายก่อนจะไป เขาใส่ท่ออะไรแกก็จะดั่ง” (FG-4, L379-382)

ข) ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ

ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายแบบค่อยเป็นค่อยไปเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตก่อนที่จะจากไป เนื่องจากอวัยวะดังกล่าวมีการเสื่อมสภาพไปตามอายุขัยสืบเนื่องมาจากกระบวนการชรา ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการหมดสภาพสังขารของร่างกายที่เคยได้พบเห็น เช่น มีอาการอ่อนแรง หายใจช้าลง มีอาการค่อยๆ เย็นจากขาขึ้นมา เป็นต้น การค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ไม่ทำให้เกิดความทรมานทรมานเป็นภาวะปกติก่อนที่จะจากไป ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ตายอย่างชนิดที่พี่..... ว่าถูกยิงตายหรือตายด้วยรถชนตายตายก็ไม่เอาเป็นการตายที่ไม่สมบูรณ์ตายแบบไปไม่ครบอวัยวะบางส่วนขาดหายไปสูญหายไป ก็คิดว่าตายอย่างไม่ทรมาน อย่าทรมานคนใกล้เคียง อย่าทรมานตัวเอง คืออยู่ๆ ก็หมดไปหมดไปเหมือนเราปล่อยอากาศออกจากหมอน” (FG-2, L479-484)

“ผมรู้สึกว่าเขาคนที่ตายธรรมดาแบบที่ว่าเมื่อกี้ ผมเคยดูคนจนสิ้นใจโบราณเรียกว่า ตายบนตายล่าง ตายข้างบน ตายล่างก็ค่อยๆ เย็นขึ้นมา หมอก็บอกว่าใครมาตริทุตตัวค่อยๆ เย็นทำเย็น ค่อยๆ เรื่อยๆ ไป เราก็จับทำคนแกก็คร่ำครวญ ลมหายใจค่อยลงนั่งดูใจกัน พอจะไปส่วนมากไม่ทรมานทรมานก็ค่อยๆ ไป” (FG-4, L255-259)

“แม่ก็เฉยๆ แก่เจ็บรักษาที่บ้าน เวลาตายก็นอนเฉยๆ แก่ไม่ทุรนทุรายนอนเฉยๆ นอนหยอดข้าวหยอดน้ำ เวลาตายแก่ก็ค่อยๆ เรื่อยๆ ไปอย่างสบายๆ ไม่มีทุรนทุราย อย่างนี้เรียกว่าน่าจะดีนะคะ แก่นอนอย่างสบายเวลาจะหมดลมไม่ตื่นไม่มีอะไร” (FG-4, L324-327)

“พ่อพี่เป็นอัมพาตมา 10 ปี อยู่ๆ แก่ก็หายใจเหนื่อยตาแฉกมองซ้ายขวา ตาแฉกสว่างเขียวเราก็นึกว่าแก่ไม่เป็นอะไร คนอื่นก็ไม่ได้สนใจคิดว่าแกคงเหนื่อย ชักประเดี๋ยวตาแฉกค่อยๆ หริ่งๆ เราไม่รู้ตัวเลยไม่ได้เตรียมจุดธูปจุดเทียนไม่คิดว่าแกจะไปง่าย ๆ ลูกชายอีกคนไปเขย่าตัวเรียกพ่อ แกล้มตามา เราไม่มีประสบการณ์ไม่รู้ว่าจะไปเห็นแกมองซ้ายมองขวาตาใสๆ ไม่คิดว่าแกจะไปง่าย ๆ เวลาแกจะไปตาค่อยๆ หริ่งลงไม่ทุรนทุรายเหมือนคนนอนหลับ” (FG-5, L214-220)

“มีอาอยู่คนหนึ่งเป็นผู้หญิงอายุ 95 ยังแข็งแรงหุงหาอะไรกินเองได้ อยู่ๆ แก่เป็นหวัด เขาเรียกแกว่าเหล่าโก เราจะไปตามหมอมาดูก็ขับรถออกไป น้องสาวอยู่ที่บ้านโทรมาบอกพี่ๆ กลับมาได้แล้วเหล่าโกเขาไปแล้ว กลับมาเขาไปแล้วไปง่ายๆ เลย อยากได้อายากนี้ภาวนา” (FG-5, L426-429)

เมื่อก่อนการตายของผู้สูงอายุเป็นการตายตามธรรมชาติส่วนใหญ่จะเป็นการตายที่บ้าน ซึ่งลูกหลานหรือบุคคลใกล้ชิดสามารถพบเห็นและสัมผัสได้ ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความตายเป็นเรื่องธรรมดาทุกคนเกิดมาต้องตายกระบวนการตายไม่มีอะไรซับซ้อน เป็นการสิ้นสุดทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ทำให้เกิดการรับรู้และยอมรับต่อความตายที่จะมาถึง ซึ่งผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“เมื่อก่อนคนตายทั่วไปตามธรรมชาติ แต่ตอนนี้ไม่ค่อยมีแล้ว คนใกล้ตายจะเหมือนกล้วยที่เหี่ยวลง หายใจช้าลง สัมผัสเสียงไม่มีคอแห้ง อ่อนแรง คอยป้อนข้าว ป้อนน้ำ มันไม่มีโอกาสที่ดีขึ้นแล้ว ไม่มีโอกาสฟื้นมาได้ กินไม่ได้ไม่มีแรง หายใจช้าลง จะทำใจเพราะรู้ว่าการล่วงหน้ามาก่อนแล้ว” (FG-1, L22-25)

“เขาไม่ทุรนทุรายอะไร ไม่ต้องมาจิกจิกๆ เขานอนเฉยๆ ปะแงบๆ เวลาไปๆ ง่ายเลยไม่ต้องมาจับโน่นจับนี่ นอนเฉยๆ เราก็มอง มาถึงโน่นแล้ววิ้ย มาถึงนี่แล้ววิ้ย (ลมหายใจ) เห็นเลย เห็นจากลำไส้ขึ้นมา เขามอมเหลือดัวเล็กกันทั้งนั้น ท้องจะขาด 17 วันที่นอนอยู่” (FG-1, L441-445)

“ตัวเราเองเท่าที่เรารู้เห็นก็พูดถึงความตายมันก็ธรรมดา แต่ที่เห็นเราเคยเห็นพ่อที่แกจะเสีย แก่ไม่ทุรนทุรายอะไรก็นอนแกไม่สับสนนานเหมือนกัน ก่อนที่แกจะเสียขา

เย็นมาครึ่งตัวไม่ใช่เย็นปื๊บปื๊บนะค่อยๆ เย็นขึ้นมา ในใจก็คิดสงสัยว่าคุณพ่อจะอยู่กับเราไม่นานแล้วละ พอตอนเช้ามีดพอกก็ไป” (FG-3, L137-140)

“พี่เคยเห็นพ่อพี่จำได้จนกระทั่งทุกวันนี้ สมัยก่อนเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยเขาจะไม่เอาไปโรงพยาบาล บ้านพี่อยู่บ้านนอกอยู่ชนบท พ่อปกติแกจะไม่ได้เจ็บไข้ได้ป่วย แกกินเหล้าเป็นโรคอะไรก็ไม่รู้ไปเห็นแกก่อนที่แกจะตาย แม่เป็นผู้ดูแลรักษาอยู่เขาคงจะรู้ว่าพ่อจะตายคงจะไม่อยู่แล้ว พี่นอนอยู่ข้างพ่อไปจับที่เท้าก็เย็นขึ้นมาเรื่อยๆ พอจับที่หัวก็เย็นลงมาพอเย็นมากๆ เข้าแม่ก็ออกไป บ้านโบราณเป็นบ้านแฝด เขาก็พูดภาษาอีสาน “พ้ออี้อยเอี้ย ถ้าไม่อยู่จริงๆถ้าจะไปก็ขอให้ไปอย่างสบายๆ อย่าเจ็บอย่าปวดเลย” เขาก็ไม่ได้เจ็บปวดนาเขานอนหลับไปเฉยๆ” (FG-3, L260-267)

ค) ไม่ป่วยนานเป็นการะลุกลาน

ไม่ป่วยนานเป็นการะลุกลาน หมายถึง ผู้สูงอายุมองว่ายิ่งแก่ตัวก็จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงเป็นการะลุกลานที่ต้องมาดูแลเลี้ยงดู ในเวลาเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ลูกหลานต้องมาปรนนิบัติดูแลต้องหยุดการหยุดงานทำให้ขาดรายได้จากการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และการเจ็บป่วยเป็นเวลานานเป็นการทำให้ครอบครัวเขาเดือดร้อนทั้งทางด้านกำลังกายและกำลังทรัพย์ เนื่องจากรู้ว่าเขามีภาระในการประกอบอาชีพทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ถ้าเราอยู่เราช่วยเหลือเขาได้เราก็อยากอยู่ อยากอยู่ยังช่วยตัวเองได้ แต่ถ้าเผื่อว่าช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ช่วยเหลือเขาไม่ได้จะอยู่ทรมานใจไปทำไม ขอตายแบบสบายๆ คือไม่เจ็บปวดทรมาน ถือว่าหมดอายุก็ร่วงไปเฉยๆ ไม่ต้องมาเจ็บป่วยทรมานลูกหลานต้องมานั่งคอยดูแลปรนนิบัติ เพราะเรารู้ทุกคนเขามีภาระไม่อยากจะสร้างภาระให้ลูกหลาน” (FG-2, L84-90)

“พร้อมแล้วที่เราจะตาย ได้ทำบุญทำทานมาพอสมควรตลอดชีวิตทำมาตลอด ไม่ได้ทำบาปกรรมอะไร ก็คิดว่าถ้าถึงเวลาก็ให้ไปสบายๆ ไม่ต้องทุกข์ทรมานอะไรมาก ไม่อยากให้ทุกข์ทรมาน เพราะกลัวคนที่ดูแลเราเขาต้องลำบาก” (FG-2, L299-302)

“คิดว่าคนเราก็ต้องตาย ถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมาน นอนหลับกินอิ่ม หลับหมดลมหายใจไปเลยไม่เสียดายชีวิต อย่าต้องทุกข์ทรมานอย่าเป็นภาระให้ลูกหลานต้องดูแล ไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น” (FG-3, L97-100)

“พอไปถึงหมอเขาก็ต้อนรับอย่างดี โรงพยาบาล.....นะนะ ไข้หายเลย ดีเขาดูแลอย่างดี 2 คืนเราไปมองดู เอกการรักษามันก็ไม่ต่างกันตั้ง 2-3 หมื่น เราก็ทนไม่ไหว

โทรศัพท์หาน้องสาวหาห้องพิเศษให้ที่เถอะอยู่ไม่ไหวแล้วกลับ.....ดีกว่าการรักษาไม่ได้ต่างกันเลย เขาเป็นโรคถุงลมโป่งพองอยู่ที่ไหนก็เหมือนกัน เราก็ไม่อยากให้ลูกเดือดร้อนเขาก็เสียไป 3 หมื่นกว่า 2 คืน” (FG-3, L174-180)

“แฟนพี่เขาก็บอกแม่ๆ จับมือผมไว้ นะคือต้องการให้รู้ว่าถ้ามีชีวิตยังกำอยู่ พอเสร็จแล้วแกก็ปล่อย แกก็ไปเลย (เสียงแผ่วลง) อันนี้คิดว่าแกน่าจะไปได้เพราะว่าแกจะอธิษฐานเรื่อยเลย แกกินข้าวเสร็จแกจะยกมือไหว้ “แม่คุณเอ๊ยอยู่มากก็นานพอสมควร ลูกเต้าก็ดีหมดแล้ว ถ้าไปก็บอกอย่าทรมานลูกหลาน” แล้วแกก็เป็นอย่างนั้น แม่แกไม่ทำบาปกรรมปลาเป็นก็ไม่ทำ ถ้าเผื่อว่าไม่ทำบาปทำกรรมจะไปได้” (FG-4, L 248-254)

“ ก่อนตายเราก็พยายามทำตัวไม่ให้เป็นการระของคนอื่น ไม่เบียดเบียนใครตอนนี้กำลังทำใจว่าสมมติว่าเราอายุมากแล้วทำอะไรไม่ได้ไปไหนไม่ได้ต้องพึ่งพาลูกหลาน ก็ต้องทำใจว่าลูกหลานเอาอะไรมาให้กินชอบหรือไม่ชอบเราก็จะไม่พูดกินได้มากน้อยก็กินไป จะไม่ว่าต้องเอาไฉนมาให้กินไฉนมาให้กินแกอะไรที่เราชอบต้องหามาให้ แล้วแต่เขาจะเอาอะไรมาให้กินก็กินไป” (FG-5, L347-352)

นอกจากนี้การได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลบุพการี บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือ การได้พบเห็นการดูแลผู้อื่นในสังคมที่ผ่านมาในอดีต ที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีก ตัวไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยมีภาระการดูแลที่ก่อให้เกิดความยากลำบากทั้งตัวผู้ป่วยเอง และตัวผู้ที่ให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าเป็นการสร้างภาระให้กับลูกหลาน ไม่อยากให้ตัวเองต้องพบกับสภาวะการณ้อย่างนั้น ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ ทุกคนต้องตาย รู้สึกเฉยๆ ตายเมื่อไรก็ได้ อย่าให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน จะตายก็ตายเลย ตายโดยไม่ทำให้ใครเดือดร้อนต้องมาเช็ดขี้เช็ดเยี่ยว ไม่สร้างภาระกับใคร ถ้าเจ็บต้องดูแลจะเกี่ยวกับคนโน้นคนนี้ คนโน้นก็ทำงาน คนนี้ก็ทำงาน ดูอย่างตา..... นาไรก็เยอะ เวลาไปอยู่โรงพยาบาลลูกคนโน้นก็เฝ้าไม่ได้ ลูกคนนี้ก็เฝ้าไม่ได้ ต้องจ้างพยาบาลคืนละตั้งก็ร้อย” (FG-1, L124-128)

“ ถึงคราวยาย (แม่ผู้ให้ข้อมูล) ก็เหมือนกันนอนอยู่ 3 ปี นอนไม่รู้เรื่องมีรูราวแต่ขี้เยี่ยวไม่มีนะขี้เป็นเวลา ป่าเลอย่างไม้อายเลยบางครั้งแกมีขี้มีเยี่ยวตามตัว ปากก็พาแกไปอาบน้ำมันก็ออกยากนะเนอะ ปากกับไอ....ก็ช่วยกันเช็ด แกก็สิ้นปากก็รู้ว่าจะทำยังงัยเอาผ้ามาถอดแกไว้ แกจะด่าคนตั้งแต่ทำยวัดยัน....จำชื่อคนมาด่าย้อนขึ้นย้อนลงอยู่ 2 ปี ทุกวันนี้ปากก็สวดมนต์ตลอดเวลาอย่าให้ต้องตายแบบพ่อแบบแม่ ไม่รู้จะได้หรือเปล่า

เนี่ยะ ไม่อยากให้เป็นเหมือนพ่อเหมือนแม่เดิมมันไม่มีเวลามาดูเขาต้องทำมาหากิน” (FG-1, L230-237)

“ก่อนที่แกจะเสียเริ่มมีอาการสั่นเคือน เหมือนแกได้รับความเจ็บปวดอะไร แต่แกไม่ได้เล่านะ แกไม่เคยใช้คำหยาบคำคายกับป้าเลยนะไม่เคยขึ้นมึงขึ้นกู มีแต่คุณฉัน เธอ เสร็จแล้วพอใกล้ขึ้นเหมือนแกหงุดหงิดอะไรไม่ทราบไม่เคยถามแก ไอ้ไฮสาร์พัดที่จะเอามาพูดซึ่งแกไม่เคยเลย เราเองพูดไม่ได้ไม่กล้าเล่า เลยไม่กล้าเอาแกไปโรงพยาบาลนี้เลย หัวหน้าที่ักคนโน้นคนนี้เรารู้จักกันทั้งนั้นเขาจะหาว่ากำพืดดั้งเดิมอะไรขนาดนั้น ไม่กล้าเอาไปเลย โทรไปหาลูกที่กรุงเทพฯ แม่ทนไม่ไหวแล้ว” (FG-3, L165-171)

การได้พบเห็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดอยู่ในลักษณะที่เรียกว่านั่งกินนอนกิน นอกจากปัญหาความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแล้วยังมีปัญหาเกี่ยวกับสมองด้านความจำต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าเป็นการสร้างภาระให้กับลูกหลานต้องมาปรนนิบัติดูแล ไม่อยากให้ตัวเองต้องพบกับสภาวะการณ้อย่างนั้น ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“จะตายก็ไม่อยากตายแบบแม่ไม่อยากให้เขาต้องมาปรนนิบัติ ้วยๆนอนด่าจนหูชา นาน 2 ปีกว่า 3 ปีกว่าๆ จะตาย ก็มันทรมานลำบากทั้งคนเลี้ยง ทั้งตัวแกก็รู้แกก็ด่าจ๊อยๆๆ ไม่รู้หรอกคนโน้นคนนี้ ป้าหูชาหมด เอายายขังไว้ตรงนี้(ชี้ไปที่หน้าครัว) ไม่ขังไม่ได้หรอกลูก แกคลานหนีไปแล้ว เป็นใหม่ๆ เหมือนคนบ้าตะเกียกตะกายโน่นตะกายนี่ หมอบอกว่าประสาทแกไม่ดี” (FG-1 L401-406)

“คุณแม่หมอ (แม่สามี) นี่เอาหนักร้อยเอา 12 ปีเลย เป็นอัลไซเมอร์ให้อาหารทางสายยาง จนน้องๆพี่เขาบอกว่าสงสารพี่ทำไมชีวิตอยู่อย่างนี้ ก็คิดว่าจะหมดสิ้นแล้วนะ 4 ราย ยังมีรายสามีอีกนึกในใจว่าต้องโดนหนักเพราะเป็นคนที่ว่าเอาแต่ใจซะจนเคยเคยมีอำนาจราชศักดิ์แล้วก็จริง หากคนมาเผ่าก็คนๆ ไม่ฟังปรารภณา จ้างเฝ้าได้ 6 วันมั้งบอกเลิกหมด ไม่เอาไม่เอาเธอดูแลดีที่สุด เฮ้ยฉันอายุมากแล้วฉันจะตายเอาสิ ไม่มีคนมาผลัดเปลี่ยน” (FG-2, L366-374)

“พ่อฉันนั้น 10 ปีมั้งเป็นอัมพาตอัมพฤต พอวันอาทิตย์ต้องถ่ายยา ภาวนาอย่าให้ใครมาบ้านเลย โอ้โฮ! ออกมาเยอะๆ อาทิตย์นึงถ่ายที่ เวลาวินอาทิตย์ก็ต้องไปบ้านนอก เย็นจะกลับบ้านแกก็ไม่ถ่ายซักที ไม่เคยควักเคยล้างก็ทำจนได้ อื้อฮือทรมานมาก (ทำที่เข็ดเขี้ยว) ทำได้โดยอัตโนมัติ ไม่เคยเลยนะมันไม่ออกก็ต้องทำจนได้” (FG-5, L365-369)

“อย่าเจ็บป่วยเรื้อรังแบบที่เขาเรียกนั่งกินนอนกินนะไม่เอา มันทรมานทั้งตัวเองทั้งคนอื่น ให้อย่างมานั่งกินนอนกิน 5 ปี 10 ปี โอ้โฮ! มันทรมานทรมาน ถ้ากรรมเราไม่หนักขนาดนั้นก็ขอล้าง อันนี้ก็ชอบแบบนี้จะให้พระเจ้าตั้งจิตอธิษฐานขออย่างนี้แหละได้ ไม่ได้มันก็เป็นเวรกรรมของเรากรรมเก่าเราทำมา เวลาสวดมนต์ให้พระเจ้าขอไปอย่างสบาย ไม่ทรมานไม่เป็นภาระกับคนรอบข้างกับลูกหลาน ตั้งจิตอธิษฐานอย่างนี้จะได้หรือเปล่านั้นแล้วแต่” (FG-5, L341-346)

ผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติทุกคนเกิดมาต้องตาย แต่อยากตายแบบง่ายๆ ไม่อยากให้เป็นโรคร้ายไข้เจ็บที่เจ็บปวดทรมานเป็นระยะเวลานานต้องให้คนอื่นมาดูแล พอถึงเวลาขอเป็นแบบป๊อปป๊อปหัวใจหยุดเต้นไปเลย เป็นการตายที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันใด แต่ไม่ใช่เกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดา คนเราเกิดมาก็ต้องตาย ตายเนี่ยะก็อยากให้มันตายแบบง่ายๆ ไม่อยากให้เป็นโรคร้ายไข้เจ็บประมาณอะไรแบบนี้ป๊อปป๊อปตายไปเลย ไม่เป็นโรคปวดโน่นปวดนี่ ทุกวันนี้ก็ยังไม่เคยไปหาหมอเลย เพื่อนบอกให้ไป check สุขภาพ บอกว่าให้หัวใจวายป๊อปป๊อปตายไปเลย ไม่อยากทรมานตัวเองทรมานคนอื่นเราอยากตายง่าย” (FG-1, L478-482)

“ความตายก็คือ เราเกิดมาต้องตาย แก่ไปก็ต้องตาย ที่นี้เรียกว่ามันจะตายดี ตายร้ายเท่า นั้นแหละ ถ้าตายดีก็ค่อยยังชั่วหน่อยเป็นลมเป็นแ้งป๊อปไปเลย ตายแบบยาย.....แม่.....กินข้าวติดคอตาย ก็ตายแบบป๊อปป๊อปไม่ต้องดูแลกันละ คิดอย่างงั้นนะ” (FG-1, L551-553)

“แต่ก็อยากตายดีๆ เป็นต้นว่านั่งกินนอนไร้มืดแล้วผะไปเลยอยากตายอย่างนั้น หรือนั่งกินล้มแล้วตาย (กลุ่มเฮ) ตายป๊อปป๊อปเลยก็ได้ แต่รถชนไม่เอา ถูกยิงไม่เอา ดี ต่างว่าเป็นโรคหัวใจ เป็นโรคหัวใจที่ไม่ทรมานเป็นแบบ emergency ใจ ว๊บบไปเลยอย่างนี้แหละดี” (FG-2, L499-503)

“ถ้าจะตายขอตายแบบอย่างที่ว่าป๊อปป๊อปไปเลย ที่แบบว่าตายดินนอนป๊อปไปเลย การที่เราคิดแบบนั้นมันจะเป็นไปได้ต่อเมื่อมีทางอย่าไปจนปัญญา อย่างพระพุทธเจ้าท่านว่าเรามีทางแก้ ผมคิดอย่างนี้ตายดีคือไม่ทรมานป๊อปป๊อปไปเลย ตายนะตายแน่ แต่ไม่ให้ทรมานไม่ต้องมาใส่ฉมวกไม่ต้องเอาโน่นเอานี่มาใส่ครอกๆ แต่ผมขอแบบป๊อปไปเลย บางคนกราบพระพองเอยขึ้นมาก็ไปเลย” (FG-4, L 114-118)

จากการได้ประสบกับเหตุการณ์จริงได้พบเห็นการจากไปของคนใกล้ชิดที่เป็นผู้สูงอายุ ในลักษณะที่ปุบปับฉับพลันไปเลยโดยไม่ได้มีการเจ็บป่วยมาก่อน ผู้ที่จากไปไม่ต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ไม่ต้องมีการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆทางการแพทย์มาช่วยรังชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าการจากไปในลักษณะนี้เป็นการไปดี ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“เหมือนแฟนกินข้าวสวดมนต์ไหว้พระเสร็จ แหมปะแป้งหน้าขานุ่งกางเกงแพร รีดอย่างเรียบเสื่อสะอาดไปสบาย คิดว่าเขาไปสบายไม่ได้พูดถึงเสียกัน มีอาการคร่อๆ 2-3 ที หันไปดูพอทำไมถึงไม่ปิดไฟเขาก็ไม่พูดด้วย พอไปจับดูหลังตาเขาก็ดูสบายมือไม้ไม่เกร็ง ก็พาไปโรงพยาบาลเขาช่วยกันน้องมาบอกเขาไปแล้วไม่อยู่กับเราแล้ว เราก็อึ้งๆ มันกะทันหันไม่น่าเชื่อ” (FG-3, L302-307)

“อีกคนหมอบอกเป็นโรคหัวใจแกมีบุญคุณกับผมเยอะผมเคยไปสอนที่วัด.....แกเจ็บคนเยี่ยมเยอะพอผมไปเขานั่งดูกันอยู่บอกว่า“เฮ้อลูกชายมาแล้ว” จริงๆแกก็มีลูกชายของแก ข้าวปลาที่เคยทานบ้านเขา ผมเข้าไปหาแกดีใจบอกว่าแกอยากลูก ผมก็อุ้มขึ้นมาแกก็อีกออกมาผมก็ค่อยๆวาง พอวางลงก็เหมือนตายคามือ ตายแบบนี้แหละคนโบราณเขาว่าถึงคราวตาย” (FG-4, L261-267)

“อย่างพ่อตามวันหนึ่งที่แกจะตายผมก็มองดูแล้วว่าแกเป็นคนที่ทำดีนะ ผมก็คิดว่าการตายดีนี้น่าจะเข้าไปในพ่อตาของผมที่จะกล่าวนี้อยู่แกก็นอนแกไม่ใช่คนเจ็บไข้เยี่ยวไม่ได้ไม่ได้หลงได้ลืมอะไรต่างๆ แกก็เป็นมนุษย์ปุถุชน อยู่ๆแกปวดร้องโหยขึ้นมา ลูกเขาอยู่ใกล้ถามว่าเป็นอะไรพ่อ แกบอกไม่รู้เป็นอะไรเจ็บท้องเจ็บบ่าสองข้างเลย ชักประเดี๋ยวแกก็คร่อไปเลยไม่ได้มาสั่งเสียอะไรต่างๆ ผมมองดูแล้วที่ทำดีมาอาจมีส่วนทำให้ตายดี” (FG-4, L186-192)

“ พี่เคยเป็นลมแล้วมันก็วูบไป รู้สึกดีว่ามันคล้ายๆที่เราไปเลย ในความรู้สึกเราเห็นพระดูขี้ยังขนลุกอยู่เลย (ชี้ให้ดูที่แขนมีอาการขนลุก) เอ้าจริงๆนะถ้าตายเมื่อไหร่ภาวนาขอให้เป็นลมตาย” (FG-5, L178-180)

“ ลุง.....แกเป็นหอบหืดถุงลมโป่งพอง ก่อนแกตายแกปวดจี๊ดลูกสาวก็เอาที่ฉีมาให้คนเยอะนั่งรุมล้อมกันอยู่แกก็ไม่ยอมฉีจะเข้าห้องน้ำ พยุงลุกขึ้นมาพอพยุงลุกขึ้นมาตาช้อนเลย ก็วางลงไม่หายใจเอาสำลีมาอังที่จมูก อ้าวตายแล้ว” (FG-4, L 308-311)

“ ตัวเองเกือบชัก 10 ปีได้มั้งกินข้าวแล้วสะอึกติดคอ พอติดคอกหายใจไม่ออกเข้าก็ไม่ได้ออกก็ไม่ได้ไอขัดแย้งแล้วซิ ที่แรกกระวนกระวายที่นี้ตั้งสติ พอตั้งสติได้แล้วโอโหค่อยๆคลาย คิดว่าคนจะตายเขาเป็นอย่างนี้เอง พอตั้งสติได้ค่อยๆ พนมออกปากแล้ว

มันก็ออกมา อู๊ย! รอดตายแล้ว ความรู้สึกตอนที่ติดคอ เอ๊ะ! เราจะตายหรือเนี่ยะ นี่ก็เรา
จะตายหรือ โอ้คนที่กำลังจะตายไม่หายใจคงเป็นแบบนี้ พยายามตั้งสติไว้คิดว่าจะตายก็
ตาย คิดว่าถ้าจะตายแบบนี้ก็ดีเหมือนกันนะป๊ปป๊ปปไปเลยไม่ได้เจ็บไข้ได้ป่วยอะไร”
(FG-5, L199-204)

ง) มีลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

มีลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป หมายถึง การที่ลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้
และยอมรับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ที่จากไปเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางด้าน
จิตใจ ส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบสุข การที่ลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้เห็นต่อการจากไป
ซึ่งจะมีการแสดงออกทางสีหน้าที่ได้พบเห็นได้จากสีหน้าที่อึมเศร้าในยามที่ใกล้จะจากไปท่ามกลาง
การห้อมล้อมของลูกหลาน ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า

“ตายแบบสงบตายธรรมชาติถึงจะเจ็บไข้ได้ป่วยก็เป็นแบบธรรมชาติไป ไม่ทรมาน
ทรมาน อย่างรถชนหรือเกิดอุบัติเหตุตายไม่ดี อยากตายแบบอยู่กับสถานที่ที่บ้านมี
ลูกหลานห้อมล้อม” (FG-1, L861-864)

“ในความรู้สึกที่พบกับตัวเอง คุณย่าเสีย คุณยายเสีย ขณะที่ใกล้จะขาดใจเรียก
หาพวกเราให้พวกเราไปอยู่ใกล้ๆ แล้วเขาก็ยื่นมือมาจับ จับแล้วเขาก็บอกว่าจะไปละนะ
แล้วก็ถอนหายใจ 3 เฮือก แล้วก็ไป ก็เจออย่างนั้นนะ ก่อนที่จะขาดใจเจอหลายหน
แล้ว ทุกคนหน้าตาอึมเศร้ามีลูกหลานห้อมล้อม” (FG-2, L311-315)

“สะใภ้คนที่ 4 เป็นมะเร็งเสียที่.....รักษากันมาตลอด วันที่จะเสียป่วยสองโม่ง
หมอเรียกให้ญาติมา เขาก็บอกหม่มากันตอนนี้อายุตายตอนนี้จั่งเลยมันมีความสุข
เพราะไปกันพร้อม เขาบอกเขาอยากตายตอนนี้จั่งเลยตายได้เขาจะมีความสุขมากเลย
หมอฉีดยาเขาพยายามฝืนเขาไม่อย่างหลังกลับหลับเลย” (FG-3, L478-482)

“ผมคิดว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติ ธรรมชาติคือธรรมชาติ การตายในความคิดของผม
ผมมี 3 แบบผมจะตายแบบไหนก็ได้ ถ้าเผื่อจะตายคือไม่ใช่เราอยากจะตาย ข้อแรกผม
คิดว่าตายแบบธรรมดาคือเจ็บไข้ได้ป่วยตายที่บ้าน พ่อผมไม่สบายเจ็บมานานเป็นปีแล้ว
ก็เสียชีวิตที่บ้าน ผมคิดว่าท่านตายแบบธรรมดาอยู่กับญาติมีญาติโกโหติกา” (FG-
4, L137-141)

“อย่างแม่ผมผมถามว่าถ้าเจ็บไข้แม่จะไปโรงพยาบาลมั๊ย ทั้งๆที่ยาก็เบิกได้แต่ผม
ไม่อยากให้มาเห็นภาพ ผมนึกในใจถ้าแม่บอกไม่ไปนี่เป็นอันดีใจมาก คือยังงัยก็ตาย
อยู่บ้านต้องมีลูกหลานเยี่ยมมาห้อมล้อม แม่บอกไม่ไปสายหน้า เราก็เอาละพยายาม

เลี้ยงแกก็ไม่ทรمانไม่อุยอาย อย่างนี้เรียกว่าตายดีใช้มัยไม่ทรمان ถ้าแกโอดโอยเราเห็นเราก็อทนไม่ไหว” (FG-4, L276--281)

การตายดี : ตายอย่างหมดห่วง

ตายอย่างหมดห่วง หมายถึง การจากไปอย่างหมดห่วงหลังจากได้จัดการภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว และได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัวมีการสั่งเสียลูกหลาน เตรียมทรัพย์สินสมบัติจัดสรรมรดกพินัยกรรมให้เรียบร้อย และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดีไว้ ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาหลักหนีไม่พ้นทุกคนเกิดมาต้องตาย หมดอายุก็ต้องตายอยู่ไม่ได้ แต่ในความเป็นมนุษย์ปุถุชนธรรมดาย่อมมีความห่วงในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สินสมบัติ ลูกหลาน หรือการห่วงข้างหลังสารพัดที่จะห่วง การได้มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆไว้แล้วจะช่วยให้คลายความห่วงลงได้ ส่งผลให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการจากไป

ก) หมดห่วงแล้ว

หมดห่วงแล้ว หมายถึง การได้สะสางภารกิจที่ค้างค้างเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจไว้หมดแล้ว เนื่องจากในความมนุษย์ปุถุชนย่อมมีความห่วงที่ยังตัดไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นการห่วงทรัพย์สินสมบัติ ห่วงลูกห่วงหลาน สารพัดที่จะห่วงสิ่งที่ยู่ข้างหลัง ทำให้เกิดความกลัวทำให้ไม่อยากตายเนื่องจากยังมีสิ่งค้างค้างในจิตใจที่ยังไม่ได้รับการสะสาง การมีห่วงทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ถ้าความห่วงนั้นได้รับการจัดการแก้ไขในทางที่ปรารถนาจะทำให้ความห่วงนั้นหมดไป ทำให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในยามที่จะจากไป ดังเช่นที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ตอนนี้เราถึงฝั่งแล้ว ตอนนั้นอยู่ระหว่างกลางทาง ไปทางโน้นก็มีปัญหาทางนี้ก็มีปัญหา แต่ตอนนี้ถึงฝั่งแล้วไม่กังวลเรื่องตายแล้ว เราได้ทำอะไรเหมือนที่หลายๆ คนทำไม่ได้ เป็นความสบายใจเราทำไว้หมดแล้ว ลูกหลานมีเงินใช้ อยู่ดี กินดี มีครอบครัวดี สำเร็จแล้วไม่ต้องมาอยู่ใกล้ๆ ก็ได้ ไม่ต้องซื้อของ แอบเปิดมาแล้วความคิดของเราได้สามดีได้ภรรยาดีถือว่าเราได้ส่งเขาถึงฝั่งแล้ว” (FG-1, L101-10)7

“หากเราคิดว่าทุกอย่างเราพร้อม ลูกพร้อม OK ทุกอย่างตกลงเราตายเราก็จะรู้สึกเฉยๆ แต่ถ้าหากว่าลูกยังไม่พร้อมยังเรียนไม่จบยังทำงานไม่มีหลักแหล่งอย่างที่เราต้องการ เราก็จะรู้สึกว่าตายไปไม่ค่อยหลับคงจะเป็นห่วง” (FG-4, L26-29)

“ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะหมดห่วงแล้วห่วงทางหลังนะ ปัญหาเรื่องปากเรื่องท้องมันไม่มีมันก็เลยไม่ค่อยอะไรมาก ชีวิตมันก็ไปเรื่อยๆส่วนใหญ่จะมองไปข้างหน้า เราจะทำอะไรเราเตรียมเตรียมพร้อมที่จะตายได้” (FG-5, L106-108)

“อันนี้เมื่อเราไม่ห่วงเรื่องความตาย เราพร้อมแล้วถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยเราก็เบิกได้ เรามีใบอะไรนะที่ไม่ต้องเสียเงินจากกรมบัญชีกลาง ตอนนี้ไม่ห่วงมาถึงก็ไม่ต้องพกเงิน มาเลย เพราะฉะนั้นตอนนี้ไม่ห่วงแล้ว ขอว่าจะตายไม่ห่วง” (FG-5, L141-144)

ผู้สูงอายุได้กล่าวเปรียบเทียบถึงปรีชาธรรมที่โบราณพูดถึงเรื่องความห่วงกับตราสังข์ ตราแปลว่าสาม สังข์แปลว่าขาว ตราสังข์มีการผูก 3 ห่วง ห่วงแรกผูกคอหมายถึงลูก ห่วงที่สองที่มือคือสามภรรยา และห่วงที่สามที่เท้าคือสมบัติ ความห่วงของผู้สูงอายุจะเป็นการห่วงลูกหลาน ห่วงทรัพย์สมบัติ ห่วงข้างหลัง นอกจากนี้ความห่วงยังรวมถึงสิ่งที่ยังค้างคาในจิตใจแล้วยังไม่ได้ รับการแก้ไข ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“คนที่ตายบ้านเป็นคนที่มีความกังวลห่วงเรื่องสมบัติพัสถานสิ่งโน้นสิ่งนี้ ไม่คิดว่าเราจะตายเราจะเอาอะไรไปได้มีร้อยล้านพันล้านก็เอาไปไม่ได้ การห่วงลูกห่วงหลาน มันเป็นเรื่องของมนุษย์ปุถุชนที่ยังตัดไม่ได้” (FG-1, L77-79)

“บางคนสะสมทรัพย์สมบัติไว้เยอะ มีลูกมีเมียห่วงลูกคนโน้นหลานคนนี่ห่วงไป สารพัดไม่ยอมตาย ใ้ลูกคนนี้มีกินมีใช้แล้วก็สบายใจไป บางคนมันยังมีพอกินพอใช้ เกิดอาการเป็นห่วงทำให้กลัวตายไม่ยอมตาย” (FG-2, L78-80)

“ไปเห็นพี่..... (ข้างบ้าน) ตายยังค้างอยู่เลย พอพี่.....มาถึงบอกพี่....เขาคงคอย แกะนะนี่เพราะเป็นเพื่อนสนิทกันมาก ลูกเขาบอกปิดตาแล้วแต่เขายังลืมนอยู่เลย พี่....เขาก็เข้าไปบอก “.....ไม่ต้องห่วงนะให้นึกถึงทางพระอะระหัง นึกถึงความดีที่เราทำไว้ไปที่ ขอบนะ ฎมาแล้วมึงไม่ต้องห่วง ลูกเค้าจะดูแลให้” เขาปิดตาให้เงียบสนิทไปเลย” (FG-3, L336-340)

“ตราสังข์นี้ตราแปลว่าสาม สังข์แปลว่าขาว เขาเอาไปผูกศพเวลามัดศพเขาใช้ ผ้าขาว ตราสังข์ผูก 3 ห่วง ห่วงแรกผูกคอหมายถึงลูก ห่วงที่สองที่มือคือผ้ากับเมีย และห่วงที่สามที่เท้าคือสมบัติ จะตายเห็นมัยห่วงสมบัติห่วงลูก เอาสัจธรรมมาพูดทุกคนห่วงหมดแหละไม่ว่าผู้ที่ล่อน้ำมายังหยิบเอาไว้เลยทุกอย่างไม่มีประโยชน์ปลวกกิน (กลุ่มเฮ) คนตายห่วงหมดแหละไอ้สามห่วงนี่” (FG-4, L93-97)

“ตอนที่คุณพ่อพี่ดูแลอยู่ รู้สึกตอนที่จะไปพ่อนี้จะห่วงลูกนะเพราะคิดถึงพี่ชายคนหนึ่งยังไม่มาเขาถามว่าคนนั้นมาหรือยัง เราก็บอกว่าเดี๋ยวพี่มานะเราก็เอามือให้จับไว้ จับมือเราแน่นเลยเรานี้เจ็บเลยจะเอาออกแกก็ไม่ยอมปล่อย จนกระทั่งพี่ชายมาพักหนึ่ง

แกก็ค่อยๆปล่อยมือเราแล้วค่อยๆยกมือสองข้างเข้าหากันเป็นท่าพนมมือ (ท่าท่าพนมมือให้ดู) แต่มือไม่ได้ติดมาไว้แค่หว่างอกก็ไป" (FG-4, L231-235)

ข) ได้เตรียมพร้อมแล้ว

ได้เตรียมพร้อมแล้ว หมายถึง การได้เตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทำให้เกิดความพร้อมต่อความตายที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากได้มีการเตรียมการไว้แล้ว ผู้สูงอายุมองว่าการเตรียมตนเองให้พร้อมไม่ว่าจะเป็นการเตรียมใจตนเอง การเตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติมรดก และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ความวิตกกังวลในเรื่องความตายลดลงหรือหมดไป เป็นการเตรียมไว้ล่วงหน้าให้พร้อมเพื่อลดความห่วงความวิตกกังวลในยามที่ตัวเองจะต้องจากไป ก่อให้เกิดความสบายใจในเรื่องความพร้อมของตัวเองต่อความตายที่จะมาเยือนและลูกหลานที่อยู่ข้างหลังจะไม่เดือดร้อน

เตรียมใจตนเอง

เตรียมใจตนเอง หมายถึง การฝึกจิตใจตนเองให้ยอมรับว่าเราจะต้องตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่แน่นอนแต่จะมาเมื่อไหร่จะมาอย่างไรไม่มีใครรู้ การฝึกจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ระลึกถึงความตายว่าอาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ เตรียมใจให้พร้อมที่จะปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่างเมื่อความตายมาเยือน การได้พบเห็นความตายของผู้คนที่ผ่านมาทำให้ผู้สูงอายุตระหนักว่าความตายเป็นเรื่องที่ใกล้ตัว การเตรียมจิตใจโดยการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ไม่โกรธ ไม่เกลียด การคิดดีทำดี การถือศีลภาวนา การทำสมาธิ การเตรียมจิตใจที่ดีก็จะทำให้ไปสู่สุคติ ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“เวลาเป็นอะไรอยากให้มีมอบอก อยากให้บอกบอกเพื่อให้เตรียมใจ จะได้หายกลัวทำใจเตรียมใจยอมรับ” (FG-1, L134-135)

“ถ้าอยู่โรงพยาบาลคนนอนข้างเราตายจนเราชินชา เดี๋ยวที่เราอนตายมาแล้วก็คน เราไม่เราต้องคิดดีไว้ ทำดี เราคิดว่าตัวเราทำดี เรื่องจะตายดีมันเป็นเรื่องที่เราไม่รู้สามารถจะรู้ เวลาเครียดเราต้องทำใจ ทำสมาธิเราต้องค่อยๆผ่อน เหมือนน้ำมันเต็มแล้วล้น ต้องให้อยู่ตรงกลาง เราต้องคิดดีไว้ ทำดี เราคิดว่าตัวเราทำดี เรื่องจะตายดีมันเป็นเรื่องที่เราไม่รู้” (FG-1, L144-149)

“เราก็กใกล้แล้ว ทำแต่กรรมดีไว้เราต้องทำใจบริสุทธิ์ด้วย ไม่โกรธ ไม่เกลียด ให้อภัย ใครเขาทำไม่ดีกับเราเราก็อยาไปเจ็บไปแค้น ไม่นั่นมันจะชุนใจ” (FG-2, L674-676)

“ เขาบอกว่าวาระสุดท้ายสำคัญมาก เราได้สร้างบุญได้นี้ถึงบุญกุศลที่สร้างมา จิตแจ่มใสก็ได้ไปเกิดที่ดี จิตแจ่มใสก็สุขคติ จิตเศร้าหมองก็ทุกข์คติ ส่วนความไม่ดีที่เราทำไว้ก็มาทีหลัง ถ้าหากจิตใจหงุดหงิดทำบาปเราก็จะไปในสิ่งไม่ดีเรียกว่าตกนรก ก่อน ส่วนทำความดีไว้ก็จะตามมา ถ้าทำความดีไว้ก็จะตกนรกแป๊บเดียวแล้วไปขึ้นสวรรค์ต่อ” (FG-5, L61-65)

การเตรียมจิตใจตนเองยังรวมถึงหมั่นฝึกจิตใจให้ยอมรับความตายโดยการระลึกถึงความตายอยู่เสมอ การตัดกิเลสตัณหาออกไปไม่มีอะไรยึดมั่นอยู่ในจิตใจ การมุ่งทำความดีทำบุญทำกุศล การฝึกการหัดตายในขณะนอนหลับทุกคืน เพื่อเป็นการเตรียมใจให้พร้อมต่อความตายที่จะเกิดขึ้นไม่วันใดก็วันหนึ่งในอนาคต ดังที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“อย่างลูกหลานลูกพี่บอกตลอดถ้าแม่เป็นอะไรไปให้เตรียมทำใจตั้งสติให้ได้ถ้าแม่เสียชีวิตเพราะมีลูกคนเดียว ทำตัวให้เตรียมความพร้อมเลยว่าจะต้องทำอะไรกับแม่บ้าง รู้ว่าแม่เป็นอะไรจะทำอะไรบ้างไม่เสียใจอย่างเดียว เพราะพี่เคยประสบกับปัญหาตรงนี้คือแฟนพี่แม่เขาเสียชีวิต ก่อนที่จะเสียชีวิตเขาซื้อคูปองไปแล้วไปปั๊มกันขึ้นมาอยู่ ICU สามวันสี่วันเขาเสียไปอีก ไม่มีประโยชน์เราบอกอย่าไปเสียเลย bird ใส่แล้วมันไม่มีประโยชน์อะไรเขาไม่เชื่อ ขณะที่อยู่ ICU แทนที่จะทำใจกลับฟังชานร้องห่มร้องไห้ พอคุณแม่เสียปู่ทุกคนร้องไห้อย่างเดียวไม่ทำอะไร ตอนนั้นพี่เพิ่งผ่าตัดแผลยังไม่หายดีเราต้องวิ่งอยู่คนเดียวไปวัดไปจองศาลาไปจองดอกไม้ทุกอย่างเราทำหมด พี่ว่าคนเราถ้าไม่มีสติตรงนั้นมันก็จะลำบากกับคนที่ชีวิตอยู่ คนตายก็ตายไปแล้วคนอยู่ก็ต้องทำใจให้ได้” (FG-2, L729-741)

“ตอนนี้เตรียมแล้วเตรียมมาหมดแล้วเตรียมตัวตาย ก่อนที่จะตายให้หมดกิเลสตัวกูของกู กิเลสตัณหาให้หมดไป ไม่มีอะไรยึดมั่นอยู่ในหัวใจ มุ่งที่จะทำความดีทำบุญทำกุศลเท่านั้นเอง แล้วตอนนี้ก็คิดว่าจะไปวัดแล้วพอมีเวลาแล้ว จะต้องไปวัดไปนั่งสมาธิไปเรียนรู้ทางธรรมให้มากขึ้น แล้วพยายามควบคุมอารมณ์สติอย่ามีตัวกูของกูโกรธเป็นโง่โมโหเป็นบ้า” (FG-2, L 800-805)

“เตรียมตัวเตรียมใจคิดอยู่เสมอว่าภายใน 7 วันต้องมีวันใดวันหนึ่งที่เราต้องจากไป เราก็อายุมาปานนี้แล้วหมั่นทำบุญทำทานช่วยเหลือคนยากคนจนเท่าที่เราจะทำได้ เราทำบุญทำทานเพื่อว่าผลบุญนี้จะส่งผลให้สิ่งที่เราทำกรรมทำไม่ดีอะไรจะเบาบางไป” (FG3, L 90-93)

“ เคยได้ยินมาทุกคนควรจะหัดตายทุกคืน คือก่อนหลับก่อนนอนหลับจิตที่ตาย กับจิตที่หลับเป็นจิตเดียวกัน เพราะฉะนั้นทุกคนควรหัดตายทุกคืน ก่อนหลับต้องพุทโธๆ เป็นการเตรียมตัวตายที่ดีแล้วมันจะเคยชินถ้าเราไปตกอยู่ในสภาวะใดก็นึกถึงพุทโธ เข้าไว้” (FG-5, L)

เตรียมครอบครัว

เตรียมครอบครัว หมายถึง การสั่งเสียลูกหลานหรือคนอยู่ข้างหลังให้เกิดความพร้อมในสถานการณ์เรื่องต่างๆ ในยามที่เกิดการจากไป โดยการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงความประสงค์ในเรื่องต่างๆ ที่ตนปรารถนา เพื่อให้ครอบครัวได้รับทราบและเกิดการปฏิบัติต่อไปในยามที่ตนเองเสียชีวิต เป็นการเตรียมในเรื่องมีการบอกกล่าวลูกหลานถึงสถานที่ในเก็บเอกสารเรื่องมรดก การสั่งการจัดงานเตรียมงานพิธีศพ ดังเช่นที่ผู้สูงอายุกล่าวไว้ว่า

“ก็ไม่ได้เตรียมอะไรก็บอกเขาว่าถ้าป้าตายของอะไร วางไว้ตรงนั้นตรงนี้มาปนกิจ ป้าเอาไว้ตรงนั้น ก็บอกเขาไว้แล้ว ก็ไม่รู้จะเตรียมอะไรไว้ของที่มีอยู่ก็บอกว่ายู่ตรงโน้นนะลูกตรงโน้นลูกเพราะหนูไม่ได้อยู่บ้านมีหลานคนเดียว โบราณการก็มีเราเก็บเขาสองชื่อเขารู้อันนี้ไม่เป็นไร” (FG-1, L 284-288)

“ฉันตายฉันก็สั่งไว้เลย “โลงฟรีไม่เอา ต้องซื้อให้” ถ้าไม่ซื้อโลงให้แข่ง โลงฟรีไม่เอาๆ สั่งไว้เลยอย่าเอาโลงฟรีมาให้นะ ถ้าเอาโลงฟรีมาให้เมื่อไหร่โดนแข่ง จะถูกหรือจะแพงไม่ว่าขออย่างเดียวกันต้องซื้อให้ใส่ เพราะเรามีเงินให้ให้กันทุกคนแล้วนี่ ต้องซื้อให้” (FG-1, L 689-691)

“ผมมีอยู่น้อยหนึ่ง อาจารย์.....ท่านพูดท่านเขียนประวัติท่านไว้ ของผมไม่ได้ทำแบบอาจารย์.....ผมอัดเทปไว้เลย บอกลูกไว้วันที่เผาศพพอให้เอาไปเปิดให้คนฟัง เพราะในนั้นผมอัดไว้หมดแล้ว ผมอัดว่าข้าพเจ้าชื่อ นาย..... เกิดที่นั่น โตอยู่ที่นั่น” (FG-2, L 831-834)

“ป่าจองเครื่องตั้งไว้แล้วนะวางแผนเอาเครื่องตั้งมุก ถ้าลูกไม่เอาก็กองหาลานไว้แล้วมาปนกิจ.....มีสามารถไปเช่ามาได้เลย เครื่องตั้งศพเป็นมุกจองไว้แล้ว ดอกไม้ให้เอาช่อนกลิ้งมันเปลืองตั้งค์เที่ยวเดียว ดอกช่อนกลิ้งมันจะไม่เหี่ยวไม่โรย เนี่ยะสั่งไว้เรียบร้อยหมดเลย เตรียมตัวเตรียมตัวตายไว้หมดเลยไม่รู้ว่าจะตายเมื่อไหร่แต่สั่งหาลานไว้หมดแล้ว” (FG-4, L 504-508)

“ผมบอกไว้ถ้าผมตายทำพิธีสวดผม 3 วันให้ใส่โลง แต่ที่ข้อแม้ให้ติดรูปผมตรงกลางไม่ติดข้างๆจะติดที่โลงศพหรือติดที่เครื่องตั้งก็ได้แต่ให้ติดด้านหน้า เพราะว่าเวลา

ผมไปถ่ายรูปพ่อแม่ไม่รู้ว่าเป็นศพใคร อยากให้มีรูปติดเลยรูปนาย..... ซาตะ...มรณะ
 หลังทำพิธีสวด 3 วันให้ทำการเผาหลอกเหมือนหมอล..... บอกญาติบอกเพื่อนฝูงต่างๆ
 ให้เขาเผาใจผมคิดว่าเราจะได้ลาเขาได้ครั้งสุดท้าย ถ้าเพื่อนฝูงมาญาติพี่น้องมาผม
 อาจจะลาเขาได้ผมคิดอย่างนั้น พอหลังจากเผาทำพิธีเผาหอรอกเงินที่ช่วยให้ทำมูลนิธิให้
 ผมนะ มูลนิธิผมตั้งใจให้ช่วยเหลือญาติพี่น้องเครือญาติ เพราะฉะนั้นผมคิดว่าผมตาย
 ปู่ป้าให้เอาเงินช่วยทั้งหมดทำมูลนิธิให้หมด จุดประสงค์ช่วยญาติพี่น้องช่วยเหลือนักเรียน
 ที่จนแต่ว่าเรียนดี แล้วก็ทำบุญสุนทานแล้วแต่ เราไม่หักค่าใช้จ่ายตอนทำงานศพส่วนนี้
 ผมมีเงินมาปนอีก 6 แสนก็คงจะพอ ปกติได้ 30 เท่าตอนนี้เราได้มาแล้ว 15 เท่าก็
 คงเหลือพอแหละ 3 แสนจะใช้ทำศพทำอะไรก็ได้ แต่มีข้อแม้ว่าไม่ให้มีการแสดง
 การละเล่นต่างๆ พลุประทัดไม่เอา” (FG-4, L394-413)

การเตรียมครอบครัวยังรวมถึงการสั่งสอนให้ลูกหลานรักใคร่สามัคคีปรองดองไม่ทะเลาะ
 กัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันไม่ทอดทิ้งกันในยามที่ลำบาก และก็หมั่นทำบุญสะสมบุญสะสมความ
 ดีเพื่อตัวเองต่อไปในอนาคต สิ่งเหล่านี้เป็นการเตรียมความพร้อมไว้จะได้หมดห่วงในยามที่จาก
 ไป ดังเช่นที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“มีลูกหลายคนนะคะก็บอกว่าให้รักกันอย่าทะเลาะกัน ฉันพาคนไปทำบุญสอง
 เดือนต่อครั้ง ก็หลายร้อยคนเงินที่เหลือจากค่ารถฉันก็เข้าวัดให้หมด เขียนไว้ในสมุดเลย
 แม้ตายให้เอามาอ่านดู ทำความดีทุกอย่าง ข้อสำคัญคือให้ลูกรักกันสามัคคีกัน ชีวิตฉัน
 ก็ดีทุกอย่างไม่มีอะไร ฉันมีคนทำบุญเยอะ” (FG-2, L 771-774)

“พยายามสั่งสอนลูกไม่ว่าวันเกิดของแม่ วันพ่อ วันแม่ เขามาไหว้ก็จะบอกเขา
 ว่าพี่น้องเรามีอยู่แค่นี้ให้รักกัน อย่าโกรธกัน อย่าเกลียดกัน เราเกิดมามีพ่อคนเดียวมี
 แม่คนเดียวให้รักกัน แล้วก็หมั่นทำบุญ การทำบุญนี้ก็ไม่จำเป็นหอรอกลูกต้องเข้าวัดเข้า
 ไปทำที่วัดให้ทำที่ไหนก็ได้ หมายถึงเราทำกับโรงเรียน โรงพยาบาล ทำกับคนแก่ การ
 ทำบุญให้กับคนเราก็คงต้องคุณ ไม่ใช่เอะอะก็ทำ เขาบอกว่าการทำบุญให้กับคนยากคน
 จนกับคนที่เขาไม่มีอะไรนั้นแหละถึงจะได้บุญเยอะ ไม่จำเป็นต้องมากเรามีบาทสองบาท
 ก็ให้ทำ” (FG-3, L413-421)

เตรียมทรัพย์สมบัติ

เตรียมทรัพย์สมบัติ หมายถึง การจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สมบัติที่มีอยู่ให้เรียบร้อยโดยการ
 จัดสรรปันส่วนตามความประสงค์ก่อนที่จะจากไป ซึ่งอาจเป็นในรูปคำพูดที่สั่งเสียไว้หรือการ
 กระทำอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิต

ไปแล้ว การเตรียมทรัพย์สินสมบัติจะมีทั้งในรูปการทำพินัยกรรมเรื่องมรดกเงินทองสิ่งของมีค่า การแบ่งจัดสรรที่ดินไร่นาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ดังเช่นที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ ก็พวกเอกสารเกี่ยวกับทางราชการมันจะมีผู้รับบำนาญตกทอด จะมีเงินหลายๆ อย่างของครู ฌาปนกิจตกทอด สหกรณ์ อะไรพวกนี้เก็บใส่แฟ้มไว้เลย อันไหนจะให้ใคร ใครจะไปรับอะไรแบบนี้ สั่งหลานไว้แล้ว ถ้าตายก็คว่าปืบเอาเลย ใครจะได้อันไหนก็ไปทำตามนั้น” (FG-1, L 688-672)

“เตรียมไว้เรียบร้อยแล้วให้ไว้หมดแล้ว ไม่มีอะไรเหลือยกให้เขาไปหมดแล้ว นาไร่ยกให้หมดไม่มีเหลือ ก็มีนิดๆ หน่อยๆ ก็ให้ลูกไว้ ให้ลูกๆ แบ่งกันไป” (FG-1, L 719-721)

“เรื่องเตรียมตัวตายเตรียมมานานแล้ว ทรัพย์สินสมบัติต่างๆ ที่ดินที่มีอยู่เตรียมแบ่งแยกโอนให้ลูกเป็นสัดส่วนหมดแล้ว ที่บ้านที่อยู่เดี๋ยวนี้ก็โอนให้ลูกคนเล็กไป เพราะคนโตเขาไปปลูกสร้างบ้านเป็นข้าราชการ หมดไปแล้วเรื่องสมบัติหมดไปแล้ว” (FG-2, L 818-821)

“เวลาพ่อแม่ตายไม่ต้องทำอะไรมากมายหรอก เงินที่พ่อแม่ได้มานะเราจะเก็บไว้ใช้หนี้ใช้สิน เมื่อแบ่งกันแล้วคนที่หนี้สินก็เอาไปใช้หนี้สิน คนที่ไม่มีหนี้สินก็จะได้เก็บไว้กินในภายภาคหน้า เราก็บอกว่าให้หมั่นทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้พ่อแม่ที่ตายไปแล้ว แต่จะได้รับหรือไม่ได้รับแม่ก็ไม่รู้เป็นประเพณีบรรพบุรุษเคยทำมาก็สอนเขา” (FG-3, L 422-427)

“วิธีเตรียมตัวของผมก็คือว่าถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยลงไปเป็นอะไรลงไป ไม่ว่าบ้านช่องทรัพย์สินสมบัติที่พอจะมีบ้างเตรียมไว้ให้ทุกอย่างพร้อมหมดแล้ว ตัวผมเองก็ไม่ได้มีห่วงอะไร ถ้าเจ็บไข้ได้ป่วยก็รักษา พยายามออกกำลังกาย” (FG-5, L 110-113)

เตรียมทำบุญ

เตรียมทำบุญ หมายถึง การสะสมบุญสะสมความดีด้วยการทำบุญใส่บาตร ทอดกฐิน ผ้าป่า สร้างโบสถ์สร้างวิหาร ถือศีล ช่วยเหลือสังคมทำสาธารณประโยชน์ เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในยามที่มีชีวิตอยู่ มีการอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้บุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว และยังเป็นการสะสมไว้สำหรับตัวเองเพื่อให้ผลบุญที่ทำไว้ใช้ได้ใช้เวรกรรมที่ทำมาและสะสมไว้ใช้ในภายภาคหน้า ดังเช่นที่ผู้สูงอายุได้กล่าวไว้ว่า

“ป่าไผ่บาตรของป่าทุกวัน การมีความสุขคือเราได้ไผ่บาตรทุกวัน ถ้าไม่ไผ่เป็นห่วง พรุ่งนี้จะไปโรงพยาบาลแต่เช้า (หมอนัด) แต่ต้องไผ่บาตรก่อน ที่ทำเนี้ยทำเผื่อคนที่เขาไปแล้ว ขายนาคได้ขายนารวยนี้ว่า บังสกุลให้ปู่ย่าตายายให้พ่อแม่ ทำบุญให้ตัวเรา ป่าก็ทำวัด..... 5 พัน วัด..... 6 พัน ทำบุญตัวเองทำมาแล้ว สะสมไว้จะให้เราตายสบายๆ” (FG-1, L372-380)

“ก็เตรียมไว้เมื่อถึงคราวก็จะไม่ทุกข์แล้วละ ทำบุญไว้เยอะไว้มากเสียแหละ วันพระก็ไปวัด ถือศีล นอนวัดระยะเข้าพรรษา ถือว่าเตรียมพร้อมแล้วไม่กลัวละจะตายตายเมื่อไหร่ไม่กลัวแล้ว ถ้าจะตายก็ยอมนะจะยอมแล้วทำบุญมาเยอะแล้ว” (FG-2, L164-167)

“ขณะมีชีวิตก็พยายามสร้างแต่กรรมดีทำบุญทำทานมีอะไรที่จะช่วยเหลือคนอื่น ได้ช่วยเหลือสังคมได้เราก็ช่วยเขาไป เพื่อจะสร้างชีวิตไว้เพื่อจะชดใช้หรือเพื่อจะไปใช้ในภพภาคหน้า ภพภาคหน้าก็คือเมื่อเราสิ้นชีวิตไปแล้วหรือตายไปแล้ว เราก็จะได้ใช้ผลบุญที่เราได้สร้างสมไว้สะสมไว้เมื่อเรามีชีวิตอยู่ ซึ่งเราสร้างชีวิตเราตายเราก็ได้ไปด้วย” (FG-2, L460-465)

“เราเกิดมาเป็นมนุษย์นี่นับว่าประเสริฐสุดแล้ว เพราะฉะนั้นในชีวิตเราต้องทำแต่ความดีอย่าทำความชั่ว เรามีความเมตตาโอบอ้อมอารีต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน สิ่งไหนที่เราพอช่วยได้เราก็ช่วยเพื่อนมนุษย์เท่าที่เราช่วยได้ เช่น เราไม่มีเราไปช่วยเงินกำลังมันก็ไม่ดี ที่นี้การทำบุญก็หมายถึงว่าสร้างสะสมบุญบารมีของเราไว้ในภพภาคหน้า ซึ่งภพภาคหน้าเราก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะเป็นยังงัย แต่ก็เชื่อจากอ่านหนังสือบ้างพระท่านบอกบ้าง ให้เราทำบุญทำทานทำแต่ความดีในชีวิตที่เราเกิดมา” (FG-3, L 119-126)

“ผมพบประสบการณ์ตรงคุณ.....อายุประมาณเกือบ 90 เล่าให้ฟังว่าเคยทำบุญไผ่บาตรทุกวัน มีอยู่วันหนึ่งหมดลมไปคล้ายๆ สลบไปทำนองนี้แล้วฟื้นขึ้นมาได้ พอฟื้นขึ้นมาก็ได้เล่าว่าพบปะอะไรบ้าง พบอาหารที่ไผ่บาตรไปอะไรต่อมิอะไรก็มีกิน แกะจะไผ่บาตรประจำกระทั่งตาย แกได้บอกกับลูกไว้ว่าการทำบุญใครเขาบอกบุญให้ทำไป ทำไปแล้วเท่าไรจะได้รับการกลับมาทวงคุณ แกเล่าให้ผมฟังอย่างนี้นะ เดียวนี้ใครมาบอกบุญแกทำทุกวันใครบอกบุญแกทำหมดแกบอกที่ทำไปเดียวได้คืน” (FG-5, L272-279)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กล่าวโดยสรุปความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธทั้ง 3 ประเด็น พบว่าเป็นการให้ความหมายจากการผ่านประสบการณ์เคยประสบพบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทำให้เกิดมุมมองเกี่ยวกับความตายในมิติที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการหรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ตนต้องการ **การตายดี**

หมายถึงตายอย่างมีสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ จิตไม่ฟุ้งซ่านสามารถระลึกได้รับรู้ถึงสิ่งที่เราได้กระทำหรือพูดออกไปรวมถึงการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นกระทำต่อเราอยู่ การรู้สึกตัวอยู่ทุกขณะจิตเมื่อเข้าสู่ภาวะสุดท้ายแห่งชีวิตจะทำให้สติยังอยู่กับตัวเราไม่ตื่นตระหนกหรือวุ่นวายใจ มีการรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมรอบตัวตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป ซึ่งในวาระสุดท้ายของชีวิตร่างกายและจิตใจจะมีความอ่อนแอจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่ต้องพลัดพรากจากโลกนี้ไป การมีจิตใจที่มั่นคงโดยการตั้งจิตให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตั้งงามในทางที่เราจะไป รักษาใจให้สงบปล่อยวางในทุกสิ่งทุกอย่างอย่างตั้งจิตใจให้มั่นว่าเราจะไปดี จะทำให้เกิดการสงบต่อตนเองไม่ฟุ้งซ่านไม่ทรมานทรมาย การมีสิ่งนำทางเพื่อน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบให้มีสติหรือน้อมระลึกในสิ่งดีงามที่เป็นกุศล อาจจะเป็นการจุดธูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำทางไปสู่ความสงบ การสวดมนต์หรือการเปิดเทปธรรมะ การพูดบอกทางให้ระลึกถึงความดีที่ได้กระทำมา หรือการพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญเป็นกุศลช่วย

ให้สู่สุคติให้ไปสู่สิ่งที่ตั้งงาม **การตายดีหมายถึงตายธรรมชาติ** เป็นการตายธรรมชาติตายตามอายุขัย ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา คนเราเกิดมาร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย แก่ไปก็ต้องตายเป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกาย การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายค่อยๆหมดสภาพไปตามธรรมชาติ โดยลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และยอมรับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ที่จากไปเกิดความรู้สึกลบร้อนทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบสุข ถึงแม้ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหนีไม่พ้นแต่ไม่อยากตายแบบทรมาน กลัวไม่ตายทีเดียวกลัวเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จากการพบเห็นสภาพของผู้ป่วยหรือจากประสบการณ์การดูแลผู้อื่นที่ผ่านมา เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเข้าสู่ภาวะที่อวัยวะต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ ใส่สายระโยงระยางมีการต่อท่อใส่สายเข้าตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย และใช้ความพยายามในการรักษาทุกวิถีเพี่ยงเพี้ยชีวิตออกไปให้นานที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการรังชีวิตไว้ให้พบกับความทุกข์ทรมานเปรียบเหมือนกับนักโทษใส่เครื่องจองจำไว้ เป็นการทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ต้องได้รับความเจ็บปวดจากการใส่เครื่องมือดังกล่าว และทรมานลูกหลาน

ที่ต้องมาปรนนิบัติดูแลถือเป็นการสร้างภาระให้กับคนอื่น จากภาวะทุกข์ทรมานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมองว่าในยามที่จะต้องพบกับความตายก็ขอให้แบบฉบับพลันทันใดปั๊บไปเลยตายแบบง่าย ๆ ไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บที่เจ็บปวดทรมานเป็นระยะเวลานานต้องให้คนอื่นมาดูแล ผู้สูงอายุมองว่ายิ่งแก่ตัวก็จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เวลาเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ลูกหลานต้องมา ปรนนิบัติดูแลต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้จากการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เป็นการสร้างภาระทำให้ครอบครัวเขาเดือดร้อนทั้งทางด้านกำลังกายและกำลังทรัพย์ เนื่องจากรู้ว่าเขามีภาระในการประกอบอาชีพทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้พบเห็นหรือได้แลพบการที่ผ่านมาในอดีต **การตายดีหมายถึงตายอย่างหมดห่วง** เป็นการจากไปอย่างหมดห่วงหลังจากได้จัดการภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว และได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเองฝึกจิตใจตนเองให้ยอมรับว่าเราจะต้องตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่แน่นอนแต่จะมาเมื่อไหร่จะมาอย่างไรไม่มีใครรู้ การฝึกจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ระลึกถึงความตายว่าอาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ เตรียมใจให้พร้อมที่จะปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่างเมื่อความตายมาเยือน การเตรียมจิตใจที่ดีก็จะทำให้ไปสู่สุคติ มีการเตรียมโดยการทำจิตใจให้บริสุทธิ์ การถือศีลภาวนา การทำสมาธิ หมั่นฝึกจิตใจให้ยอมรับความตายโดยการระลึกถึงความตายอยู่เสมอ การฝึกการหัดตายในขณะนอนหลับ เตรียมครอบครัวสั่งเสียลูกหลานหรือคนอยู่ข้างหลังให้เกิดความพร้อมในสถานการณ์เรื่องต่างๆ ในยามที่เกิดการจากไป โดยการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงความประสงค์ในเรื่องต่างๆ ที่ตนปรารถนา เพื่อให้ครอบครัวได้รับทราบและเกิดการปฏิบัติต่อไปในยามที่ตนเองเสียชีวิต เป็นการเตรียมในเรื่องมีการบอกกล่าวลูกหลานถึงสถานที่ในเก็บเอกสารเรื่องมรดก การสั่งการจัดงานเตรียมงานพิธีศพ การสั่งสอนให้ลูกหลานรักใคร่สามัคคีปรองดองกัน เตรียมทรัพย์สมบัติจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สมบัติที่มีอยู่ให้เรียบร้อยโดยการจัดสรรปันส่วนตามความประสงค์ก่อนที่จะจากไป ซึ่งอาจเป็นในรูปคำพูดที่สั่งเสียไว้หรือการกระทำอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิตไปแล้ว การเตรียมทรัพย์สมบัติจะมีทั้งในรูปการทำพินัยกรรมเรื่องมรดกเงินทองสิ่งของมีค่า การแบ่งจัดสรรที่ดินไร่่นาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดีด้วยการทำบุญใส่บาตร ทอดกฐินผ้าป่า สร้างโบสถ์สร้างวิหาร ถือศีลช่วยเหลือสังคมทำสาธารณประโยชน์ เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในยามที่มีชีวิตอยู่ มีการอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้บุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว และยังเป็นการสะสมไว้สำหรับตัวเองเพื่อให้ผลบุญที่ทำไว้ชดใช้เวรกรรมที่ทำมาและสะสมไว้ใช้ในภายภาคหน้า ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาหลีกเลี่ยงไม่ได้ทุกคนต้องตาย หมดยุคก็ต้องตายอยู่ไม่ได้ แต่ในความเป็นมนุษย์ปุถุชนธรรมดาย่อมมีความห่วงในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สมบัติ ลูกหลาน หรือการ

ห้วงข้างหลัง การได้มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆไว้แล้วจะช่วยให้คลายความห้วงลงได้ ส่งผลทำให้เกิดความพร้อมสำหรับการจากไป

การให้ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยดังกล่าว เป็นการให้ความหมายที่ออกมาจากความคิดความรู้สึกเกี่ยวกับความตายในอีกมิติหนึ่งที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการหรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ตนเองต้องการ เป็นการแสดงความรู้สึกนึกคิดความคาดหวังในเรื่องของความตาย ซึ่งเป็นความจริงเป็นสัจธรรมทางธรรมชาติที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ทั้งนี้เนื่องจากการสนทนากลุ่มเป็นการวางแผนในการพูดคุยแลกเปลี่ยนสนทนากันอย่างรัดกุม โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ความรู้สึก ทัศนคติ และความคิดรวบยอดของกลุ่มในการสนทนาเพื่อศึกษาในประเด็นที่สนใจ (Kahan, 2001) เป็นการรวมบุคคลที่มีประสบการณ์เดียวกันมาร่วมกันสนทนาร่วมๆ กัน เพื่อที่จะค้นหารวบรวมความรู้สึก หรือความคิดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มว่าคิดอย่างไร มีความรู้สึกอย่างไร (Krueger and Casey, 2000) ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสนทนากลุ่มในชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 5 กลุ่ม รวมผู้สูงอายุจำนวน 40 คน นำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำเสนอประเด็นความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ดังนี้

ความหมายการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

การตายดี : ตายอย่างสงบ

- ก) จิตไม่ฟุ้งซ่าน
- ข) ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ
- ค) เหมือนคนนอนหลับ

การตายดี : ตายตามธรรมชาติ

- ก) ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต
- ข) ค่อยๆ หดไปตามธรรมชาติ
- ค) ไม่ป่วยนานเป็นภาระลูกหลาน
- ง) ลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

การตายดี : ตายอย่างหมดห่วง

- ก) หมดห่วงแล้ว
- ข) ได้เตรียมพร้อมแล้ว

- เตรียมใจตนเอง
- เตรียมครอบครัว
- เตรียมทรัพย์สินสมบัติ
- เตรียมทำบุญ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยพุทธได้ให้ความหมายของการตายดีผ่านความคิด ความรู้สึกในเรื่องของความตายที่ผู้สูงอายุมองว่าตรงกับความต้องการหรือมีลักษณะเป็นไปในทางที่ตนต้องการ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงวัยปลายของชีวิต ย่อมผ่านประสบการณ์เคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุไทยพุทธได้ให้ความหมายของการตายดี ได้แก่ ตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติ และตายอย่างหมดห่วง ซึ่งในแต่ละประเด็นสามารถอธิบายได้ดังนี้

การตายดี : ตายอย่างสงบ

ผู้สูงอายุมองว่าเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตสิ่งที่จะต้องประสบคือ ความเจ็บปวดทรมานทางกาย และความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ปัจจัยที่จะช่วยให้เราไม่ทุกข์ใจแม้จะมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายก็คือ สติจะช่วยรักษาใจให้สงบ ถ้าไม่มีสติจิตใจก็จะทุกข์ตามไปด้วย สติจะช่วยให้เห็นความทุกข์ทางกายช่วยประคองใจให้มั่นคงไม่กระสับกระส่ายไปตามความเจ็บป่วย การรักษาใจให้เป็นปกติสามารถน้อมนำจิตใจให้สงบ โดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่เราได้สะสมมา การตั้งจิตมั่นจิตใจไม่ฟุ้งซ่านไม่หวั่นหวาดต่อความตายจะทำให้เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิตการวางใจให้ดีเป็นสิ่งที่สำคัญมาก การวางจิตใจให้เป็นไปในทางที่เป็นกุศล การรักษาใจให้ดี ความทุกข์ทางกายก็จะน้อยลงหรือจะช่วยให้ไม่ทรมานทรมาย ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจิตที่สงบเป็นกุศลไม่เพียงช่วยให้ตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานแล้วยังสามารถนำพาผู้ตายไปสู่สุคติ เป็นการยกระดับจิตใจให้เข้าสู่ภพภูมิที่ดีกว่าเดิมยิ่งผู้ใกล้ตายนั้นมีสติเต็มที่เห็นโทษของความติดยึดในสังขารหรือความสำคัญมั่นหมายในตัวตน จนสามารถละวางได้อย่างสิ้นเชิงก็จะเข้าถึงความวิมุตติหลุดพ้นคือ นิพพานได้ทันที (พระไพศาล วิสาโล, 2550)

ในบริบทสังคมไทยศาสนาเป็นสิ่งที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่ให้ความหมายและมีความผูกพันมาตั้งแต่เด็ก สาเหตุที่นับถือเนื่องจากสืบทอดกันตามบรรพบุรุษโดยได้รับอิทธิพลจากการเลี้ยงดูของบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ และบุคคลอื่นในสังคม จึงใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคง อายุที่เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีความศรัทธาต่อความเชื่อของตนเอง และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวเพิ่มขึ้น (ละมัด เลิศล้ำ, 2542) และจากการศึกษาของพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสุล

ทองวิเชียร (2533) พบว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยอมรับในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นสิ่งธรรมดาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจเนื่องมาจากการยึดถือตามหลักพระธรรมคำสอนในศาสนาที่ตนเองนับถือ ศาสนาเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจและพื้นฐานอารมณ์ เป็นรากฐานของวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของบุคคลในสังคมตั้งแต่เกิดจนตาย ความเจ็บปวดความกลัวทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการเผชิญ ดังนั้นธรรมะจึงเป็นความหวังเป็นเครื่องบรรเทาทุกข์ทางใจให้ยอมรับภาวะต่างๆ และเมื่อเติบโตขึ้นจนมาอยู่ในวัยท้ายของชีวิตความเชื่อและความศรัทธายิ่งเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ผู้สูงอายุชอบที่จะปฏิบัติศาสนกิจอย่างสม่ำเสมอทั้งเป็นการส่วนตัวที่บ้านและร่วมกับชุมชนตามศาสนสถาน ทำให้ศาสนามีส่วนสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับ ความตาย จากการศึกษาของ บุปผา ชอบใช้ (2536) ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่าศาสนาเป็นสิ่งที่ให้ความหมายเป็นจุดมุ่งหมายเป็นกำลังใจ และความหวังในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์อยากให้อยู่ช่วยคุ้มครองเป็นกำลังใจทำให้หายจากโรคที่เป็นอยู่ และผู้ป่วยต้องการปฏิบัติต่อศาสนาในฐานะสิ่งศักดิ์สิทธิ์คืออย่างน้อยขอให้ระลึกอยู่ในใจหรือปฏิบัติ เช่น การกราบไหว้บูชา แม้กระทั่งในภาวะที่ต้องพบกับความตายยังต้องการศาสนาช่วยให้จิตใจสงบไม่ทรมานทรมาย ให้ความหวังในชีวิตหลังความตาย สิ่งที่เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของชีวิตการตายอย่างสงบ และพระไพศาล วิสาโล (2550) ที่กล่าวถึงการตายอย่างมีสติว่าเป็นการตายอย่างสงบไม่ตื่นกลัวหรือวิตกพร้อมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ ไม่ตื่นตระหนกตื่นตระหนก น้อมใจให้ระลึกถึงสิ่งที่ตนเป็นบุญเป็นกุศล เช่น พระรัตนตรัย ยังสามารถน้อมใจถึงขั้นเอาความว่างเป็นอารมณ์ หรือปล่อยวางแม้กระทั่งความยึดถือในตัวตนได้ ก็จะเป็นการตายอย่างมีสติในขั้นสูงสุดก็ว่าได้ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุไทยพุทธได้ให้ความหมายของการตายอย่างสงบไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ จิตไม่ฟุ้งซ่าน ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ และเหมือนคนนอนหลับ

จิตไม่ฟุ้งซ่าน

จากการศึกษาพบว่าจิตไม่ฟุ้งซ่าน เป็นการที่มีสติรับรู้อยู่ตลอดเวลาแม้ในยามที่จะจากไป การมีสติระลึกได้ที่กำลังทำอะไรอยู่ จะนิ่งก็ให้รู้ว่าจะนิ่ง จะเดินก็ให้รู้ว่าจะเดิน เป็นการระลึกได้รับรู้ถึงสิ่งที่เราได้กระทำหรือพูดออกไป รวมถึงการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นกระทำต่อเรา การมีจิตใจที่ไม่ฟุ้งซ่านเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายแห่งชีวิตจะทำให้สติยังอยู่กับตัวเราไม่ตื่นตระหนกหรือวุ่นวายใจ มีการรับรู้ต่อสภาวะแวดล้อมรอบตัวตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป ในพุทธศาสนาเห็นความสำคัญของความตายเป็นอย่างมาก ซึ่งจะพบคำกล่าวในคัมภีร์พุทธศาสนาอยู่เสมอขณะตายต้องมีจิตใจที่ดี การตายดีคือมีสติไม่หลงตาย เกิดการยอมรับความจริงของความตายได้ จิตใจที่มีความรู้สึกอย่างนี้จะเป็จิตใจที่ดีมีความสว่างไม่เกาะเกี่ยวไม่มีความยึดถือเป็นอิสระที่แท้จริง ดังพุทธภาษิตที่ว่า “จิตเต อสังกิลิฏฐะ สุขคคติ ปาฎิกังขา” แปลว่า เมื่อจิตไม่เศร้าหมองแล้วก็เป็นอันหวังสุขคติได้ (พระธรรมปิฎก, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ(2543) ที่ศึกษา

ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย พบว่าต้องการมีสติรู้ตัวตลอดเวลา ก่อนตายได้มีโอกาสระลึกถึงสิ่งที่ดีๆ จะมีชีวิตหลังความตายที่ดี และ Reitjen et al. (2006) ที่พบว่า การตายดีควรมีสติไม่ฟุ้งซ่านสามารถรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมรอบตัวเองอยู่ได้ตลอดเวลาจนกระทั่งจากไป สามารถรับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และมีโอกาสได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตายของตนเองเพื่อให้เกิดการตายอย่างที่ต้องการ

ตั้งจิตมั่นมีสิ่งน้อมนำจิตใจ

การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุมองว่าเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตร่างกายและจิตใจจะมีความอ่อนแอจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่ต้องพลัดพรากจากโลกนี้ไป การมีจิตใจที่มั่นคงโดยการตั้งจิตให้ยึดมั่นในสิ่งที่ตั้งงามในทางที่เราจะไป รักษาใจให้สงบปล่อยวางในทุกอย่างทุกอย่างตั้งจิตใจให้มั่นว่าเราจะไปดี จะทำให้เกิดการสงบต่อตนเองไม่ฟุ้งซ่านไม่ทรมานทรมาน และเกิดความสงบแก่คนรอบข้างที่ไม่ต้องพบเห็นความทรมานทรมานก่อนจากไป ถ้ามีจิตใจสงบกำหนดจิตไว้ได้ถูกต้องให้นึกถึงสิ่งที่ตั้งงาม จึงควรเรียนรู้วิธีที่จะถึงส่วนที่ดีๆ ออกมาไม่ปล่อยใจจิตไปหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่ไม่ดี แต่บางครั้งอาจต้องมีคนมาช่วยแนะถึงจะปล่อยวางได้ จิตสุดท้ายก่อนตายต้องเป็นกุศลคือสงบหรือกำหนดอยู่กับสิ่งที่ตั้งงาม พุทธศาสนาสอนว่าถ้าเผชิญความตายด้วยใจสงบหรือวางจิตให้เป็นกุศลจิตก็จะไปสู่สุคติได้ มีตัวอย่างมากมายในพระไตรปิฎกมีคนที่ทุกข์ทรมานมากแต่ในจังหวะสุดท้ายก่อนที่จะตายได้เห็นธรรมจากความเจ็บความปวด เข้าใจแจ่มชัดถึงอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา เห็นความไม่เที่ยงของสังขารว่าไม่น่ายึดถือจิตก็หลุดพ้นได้ การฝึกจิตจะช่วยให้มีสติตั้งมั่นไม่หวั่นหวาดต่อความตาย ขณะเดียวกันการหมั่นสร้างคุณงามความดีก็ทำให้เรามีความมั่นใจในวาระสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้จิตเกิดความสงบไม่กระสับกระส่ายเพราะความรู้สึกลึกฝังมารบกวน ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าตอนใกล้ตายจะเกิดกรรมนิมิต กรรมนิมิตก็คือภาพที่เป็นผลมาจากการกระทำในอดีตในขณะที่ยังเป็นหนุ่มเป็นสาว ถ้าทำกรรมดีกรรมนิมิตก็จะเป็นไปในทางที่ดีชวนให้ใจสงบ แต่ถ้าทำกรรมไม่ดีไว้กรรมนิมิตก็จะน่ากลัวเกิดภาพที่ทำให้ตระหนกตกใจหวาดผวามีมือมีอะไรมาหลอกหลอนเรา เช่น ไปฆ่าใครมาภาพของคนนั้นก็อาจจะมาปรากฏในกรรมนิมิต ซึ่งทำใจยากที่จะรักษาใจให้เป็นปกติได้ยากสุดท้ายก็ไปสู่อบายภูมิ นอกจากกรรมนิมิตแล้วยังมีคตินิมิต คือภาพของภพภูมิที่จะต้องไปประสบหลังตายไปแล้ว ถ้าหากว่าเราทำกรรมดีแล้ว คตินิมิตก็จะเป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าทำกรรมชั่วมาตลอดชีวิตคตินิมิตก็จะน่ากลัว (กลุ่มศึกษาธรรมสระบุรี, 2548; พระไพศาล วิสาโล, 2550)

การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุมองว่าการมีสิ่งนำทางเพื่อน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบให้มีสติหรือน้อมระลึกในสิ่งดีงามที่เป็นกุศลที่เราได้สร้างสมมา อาจจะเป็นการจุดธูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำทางไปสู่ความสงบ การสวดมนต์หรือการเปิดเทปธรรมะ การพูดบอกทางให้ระลึกถึงความดีที่

ได้กระทำมา หรือการพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้ สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญเป็นกุศลช่วยให้สู่สุคติให้ไปสู่สิ่งที่ดีงาม ทำให้ความกลัวคุกคามจิตได้น้อยลงและสามารถเผชิญกับความตายได้ดีขึ้นดังที่พระมหาเจิม (อ้างถึงใน กรรณจริยา สุขรุ่ง, 2546) กล่าวว่า เราสามารถน้อมนำจิตใจให้ถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง การชักชวนให้ผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกัน การจัดรูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำทางไปสู่ความสงบ การเปิดเทปธรรมะหรือพระสวดมนต์ การพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง นอกจากนั้นเรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน หรือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้ทำมาในอดีต ซึ่งไม่ได้หมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูกๆ ให้เป็นคนดี การเสียสละทำประโยชน์ต่อสาธารณะ การดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก หรือการสอนลูกศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มใจและบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสุคติ ความมั่นใจในเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่างๆ ที่สะสมมานั้นตนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ คนทุกคนไม่ว่าจะยากดีมีจนหรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไรย่อมเคยทำความดีที่นาระลึกถึงไม่มากนักน้อย ให้ประมวลความดีงามหรือสิ่งดีงามที่ตลอดชีวิตของบุคคลคนนั้นได้ดำเนินมาอยู่ให้น้อมรำลึกถึงและให้รำลึกถึงในส่วนที่ดีคือพยายามดึงส่วนที่ดีขึ้นมาให้มีพลังเหนือความไม่ดี ก่อนที่ความไม่ดีจะแสดงการปรากฏออกมาและมีอำนาจเหนือกว่า สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญเป็นกุศลภายใต้อิทธิพลของความดีงามที่ตนเองมีอยู่ช่วยให้สู่สุคติให้ไปสู่สิ่งที่ดีงาม

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมองว่ายังมีปัจจัยภายนอกที่จะสนับสนุนช่วยน้อมนำจิตใจให้เกิดการสงบก็คือ บรรยากาศแวดล้อมในยามที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งควรเป็นบรรยากาศแห่งความสงบไม่ใช่แวดล้อมไปด้วยผู้คนที่กำลังเศร้าโศก เสียร่ำไห้ หรือการทะเลาะกันของลูกหลาน เป็นต้นควรเป็นสถานที่เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน มีพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อของผู้ที่จะจากไป มีการสวดมนต์หรือทำสมาธิร่วมกัน ตลอดจนมีการเปิดเทปธรรมะหรือการจัดรูปเพื่อที่จะน้อมใจให้เป็นกุศล ลูกหลานมีการเตรียมจิตใจพร้อมที่จะยอมรับการจากไป สิ่งเหล่านี้ล้วนช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ ซึ่งน้อมใจให้เกิดสมาธิและจิตที่สงบเป็นกุศล อย่างเช่นในหลายโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาตอนนี้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำสมาธิภาวนาหรือสวดมนต์ เพราะจากการวิจัยพบว่าผู้ที่สวดมนต์ภาวนาหรือสนใจศาสนาเวลาผ่าตัดใหญ่พวกนี้จะหายไวกว่าโอกาสรอดมากกว่า ใช้น้ำน้อยกว่า เคยมีการทดลองถึงขั้นว่าให้คนอื่นสวดมนต์ภาวนาแผ่เมตตา

ให้แก่ผู้ป่วย ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นใช้น้ำน้อยลงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีใคร สวดมนต์ภาวนาให้ หลายแห่งในยุโรปและอเมริกาจึงให้ความสนใจกับเรื่องจิตใญ่มากขึ้น ทำให้ โรงพยาบาลสมัยใหม่เริ่มที่จะให้ความสนใจกับการดูแลรักษาจิตใจของคนใกล้ตาย (พระไพศาล วิสาโล, 2547) และในประเทศญี่ปุ่นพุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่มักไม่ได้ปฏิบัติธรรม หากสังกัดใน นิกายชินมากกว่านิกายอื่นๆ ทางนิกายนี้จะเน้นเอารูปพระอมิตรพุทธมาตั้งไว้ให้คนใกล้ตายได้ เห็น เพื่อจิตจะได้โน้มนำไปที่พุทธานุภาพแล้วจะได้ไปเกิดในแดนสุขาวดีของพระอมิตรพุทธ (สุลักษณ์ ศิวรักษ์, 2547)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของนุช ทิพย์แสนคำ และคณะ (2548) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีอาการอ่อนไหวต้องการเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจสิ่งที่มีคุณค่ามีความหมาย และมีความต้องการในด้านความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา โดยต้องการการ ส่งเสริม แนะนำ หรือพาไปไหว้พระหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต้องการความสงบขณะปฏิบัติกิจกรรมตาม หลักศาสนา และต้องการให้ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเหมาะแก่การปฏิบัติตามศาสนา และ Grant et al. (2003) ที่ศึกษาถึงความต้องการตายดีและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อ เข้าสู่วาระสุดท้ายในชีวิตในประเทศเคนยา พบว่ามีความต้องการด้านจิตวิญญาณด้วยการได้รับการ ดูแลทางด้านจิตใจได้ไปโบสถ์และสวดมนต์ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน มีการสวดมนต์ขอพรเพื่อให้ จิตใจเข้มแข็งเกิดความสงบ ขอให้พระเจ้าช่วยคุ้มครองควบคุมจิตใจไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานใน ยามที่จากไป และสนับสนุนการศึกษาของสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (2548) เกี่ยวกับการมีจิตใจที่ สงบพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ความรู้สึกสงบในจิตใจเป็นความรู้สึกมั่นคงทางจิตวิญญาณที่ เกิดจากมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนา และได้นำหลักคำสอนนั้นมาใช้ในการ เผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต การมีความเชื่อและความหวังว่าตนเองจะมีการตายที่ดี การ นำความเชื่อด้านศาสนาและจิตวิญญาณเข้ามาผสมผสานการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ ความเชื่อ ด้านศาสนาและจิตวิญญาณได้ช่วยให้เกิดความรู้สึกสงบสุขในการเผชิญกับความตาย

เหมือนคนนอนหลับ

ผู้สูงอายุมองว่าการนอนหลับเป็นการที่อวัยวะต่างๆในร่างกายได้พักผ่อน การนอนหลับ เป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด และจิตใจก็ไม่ต้องมารับรู้ความสับสนวุ่นวายในสิ่งแวดล้อมรอบตัว ใน ช่วงเวลาที่หลับรู้สึกเหมือนได้ปลดปล่อยสิ่งต่างๆ ที่ได้เผชิญมาตลอดทั้งวันออกไปจากตัวเรา ใน ยามที่หลับสนิทเป็นช่วงของการไม่ต้องรับรู้อะไร การนอนแล้วหมดลมไปเฉยๆ เหมือนนอนหลับไป อย่างสบายๆไปอย่างเงียบๆไม่ต้องมีอาการทรมานทรมานถือว่าเป็นการไปอย่างดี ผู้สูงอายุมองว่า การนอนหลับแล้วไปเลยเป็นการไม่ต้องทนทุกข์ทรมานและไม่เป็นภาระให้ลูกหลานต้องมาดูแล ถือ ว่าเป็นการจากไปด้วยดี ซึ่งทุกคนหวังอย่างเหลือเกินที่จะตายอย่างสบายเหมือนนอนหลับ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirai (2006) และ Vig et al. (2002) ที่พบว่าผู้สูงอายุยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่มีความรู้สึกกลัวต่อความตายที่ใกล้เข้ามา มองว่าการตายสมควรเป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ และจากการศึกษาของ Pool (2004) และ Reitjen et al. (2006) พบว่ามีการยอมรับต่อการแสดงความจำนงในเรื่องความตายโดยการใช้นายอนหลับและยาแก้ปวดในขนาดสูงเพื่อการจากไปอย่างสงบ ซึ่งมีความแตกต่างกับในบริบทสังคมไทยโดยเฉพาะการแสดงความจำนงเรื่องความตายโดยการใช้นายอนหลับหรือยาแก้ปวดในขนาดสูงเพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบ ยังไม่เป็นที่ยอมรับและไม่มีความหมายมารองรับถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อความรู้สึกของคนทั่วไป

การตายดี : ตายตามธรรมชาติ

ผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหนีไม่พ้น ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีความกลัวต่อความตายลดลง คนเราเกิดมาร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยแก่ไปก็ต้องตาย ความตายเป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกายอวัยวะต่างๆในร่างกายค่อยๆหมดสภาพไปตามธรรมชาติ จากการศึกษพบว่า การตายตามธรรมชาติเป็นการตายตามอายุขัยไปอย่างเงียบๆ ค่อยๆหมดไปตามธรรมชาติ ไม่ยาวนานเป็นภาระให้ลูกหลานมาดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้ยืนยาวออกไป ในยามที่จากไปมีลูกหลานมาห้อมล้อมเตรียมจิตใจให้พร้อมยอมรับการจากไป จากประสบการณ์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้พบเห็นสภาพของผู้ป่วยหรือจากประสบการณ์การดูแลผู้อื่น ได้พบการจากไปที่ร่างกายถูกพันธุนาการไว้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ การต่อท่อเข้าไปตามอวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกาย การใส่สายระโยงระยาง และการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตตามกระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด ทำให้ในยามที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุจะเกิดกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมานที่อาจเกิดขึ้น กลัวการเป็นภาระต่อผู้อื่น และกลัวการยืดชีวิตออกไปด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Lueckenotte, 2000) วิธีการดังกล่าวนอกจากจะสร้างความเจ็บปวดแก่ตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากมายทั้งต่อครอบครัวผู้ป่วยและต่อส่วนรวม เป็นการทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยเองที่ต้องได้รับความเจ็บปวดจากการใส่เครื่องมือดังกล่าว และเป็นภาระการดูแลที่ต้องให้ลูกหลานมาปรนนิบัติดูแลถือเป็นการสร้างภาระให้กับคนอื่น จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุไทยพุทธได้ให้ความหมายของการตายดีว่าเป็นการตายตามธรรมชาติ ซึ่งได้แก่ ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ ไม่ยาวนานเป็นภาระลูกหลาน และลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

ไม่ทรมานด้วยการรังชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้ในมุมมองของผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติที่ทุกคนหนีไม่พ้นแต่ไม่อยากตายแบบทรมาน กลัวไม่ตายทีเดียว กลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน จากการที่ได้พบเห็นผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเข้าสู่ภาวะที่อวัยวะต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยการใช้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องช่วยชีวิตต่างๆ มีการต่อท่อใส่สายเข้าตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย ได้พบการใส่สายระยะยาวระยะยาวการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตตามกระบวนการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุด ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการทำให้ต้องทนทุกข์ทรมานเปรียบเหมือนกับนักโทษใส่เครื่องจองจำไว้เป็นการทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ในสภาวะดังกล่าวผู้สูงอายุมองว่าเป็นการรังชีวิตที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เพราะการรังชีวิตให้ยืนยาวออกไปภายใต้เครื่องมือทางการแพทย์จากการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ ซึ่งเป็นเพียงการพยุงชีวิตให้ยืดออกไปเท่านั้น ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแสนสาหัสและมีชีวิตอยู่ได้ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เป็นการเหนี่ยวรั้งให้พบกับความทุกข์ทรมานเกินความจำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Beckstrand et al. (2006) และ Geest (2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการตายตามธรรมชาติ ไม่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ก้าวร้าวรุนแรงราคาแพงและผลการรักษาที่ไม่แน่นอนเพียงเพื่อยืดชีวิตออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์

ในมุมมองของผู้สูงอายุคิดว่าควรปล่อยให้เขาได้จากไปอย่างสงบโดยธรรมชาติ ซึ่งจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการแพทย์และเทคโนโลยีในการช่วยเหลือชีวิตผู้สูงอายุให้ยืนยาวออกไป ในบางครั้งการยืดชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตกลับเป็นเพียงการชะลอระยะเวลาของการจากไปออกไปเท่านั้น วิธีการดังกล่าวเป็นการรังชีวิตให้ต้องได้รับกับความทุกข์ทรมาน เมื่อการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยปราศจากความหวังทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานสุดท้ายผู้ป่วยก็ต้องตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเขา ฉะนั้นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นอนอยู่บนเตียงและใช้เครื่องช่วยชีวิตอยู่นั้นถือว่าเป็นชีวิตที่ไม่มีศักดิ์ศรี เครื่องช่วยชีวิตที่แพทย์พยายามนำมาใช้ช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นมิได้เป็นการช่วยชีวิตแต่เป็นการชะลอระยะเวลาตายให้ยาวออกไปเป็นเดือนเป็นปีเท่านั้นเอง (พินิจ รัตนกุล, 2541) ปัญหาดังกล่าวนำมาสู่แนวความคิดในเรื่อง Living will คือให้มีการแสดงความจำนงค์ไว้ล่วงหน้า หรือบางครั้งเรียกว่า Advance Directives คือการระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้า ซึ่งในหลายประเทศมีกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยในมาตรา 24 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงค์ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” การกำหนดสิทธิให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็น

มนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่กำหนดให้บุคคลเลือกที่จะตายอย่างธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือจากเทคโนโลยีต่างๆ จนอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “พินก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” ส่วนข้อความที่กล่าวถึง “ ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ก็เป็นข้อความที่กฎหมายรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองไว้ มาตรา 24 ในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติจึงเป็นการกำหนดหลักการให้แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า ส่วนรายละเอียดจะต้องทำอย่างไรให้เป็นกฎกระทรวงตามมา แต่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ (แสงว นุญเฉลิมวิภาส, 2547)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ของ กรแก้ว กำพลศิริ (2542) พบว่าสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายมากที่สุดคือ สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุป่วยหนักและมีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องช่วยหายใจ เมื่อใดที่นำเครื่องช่วยชีวิตออกก็ต้องจบชีวิตลงเมื่อนั้นหรือในเวลาต่อมาไม่นานนัก และการศึกษาของ สุภาวดี วรพันธุ์ (2546) ที่พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 67.8 เห็นด้วยกับการแสดงความจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเฉพาะกรณีที่ต้องได้รับการรักษาบรรเทาความเจ็บปวดเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมานแม้จะถึงแก่กรรมเร็วขึ้น ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการทรมานด้วยการรังชีวิต อย่างไรก็ตามในประเทศไทยการแสดงความจำนงในเรื่องของความตายและการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายยังเป็นเรื่องที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) เกี่ยวกับความตายและทัศนคติในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติทำให้ไม่ปฏิเสธความตายยอมรับว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของชีวิต บางคนกลัวภาวะก่อนตายที่อาจเจ็บปวดทรมาน ต้องการตายตามธรรมชาติไม่ต้องการยืดความตายด้วยอุปกรณ์ช่วยชีวิต และ Hirai (2006) ศึกษาถึงการตายดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้สูงอายุมีการยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การตายที่ดีควรเป็นการตายที่ไม่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน มีความเป็นอิสระปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้ตายตามธรรมชาติ และไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไปโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์

ค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ

จากการศึกษาผู้สูงอายุมองว่าการได้ตายตามธรรมชาติแบบค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติซึ่งผู้สูงอายุมองว่าคนเราเกิดมาร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย แก่ไปก็ต้องตายเป็นการหมดสภาพสังขารของร่างกาย หมดอายุหมดสังขารการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายค่อยๆ หมดสภาพไป เนื่องจากอวัยวะดังกล่าวมีการเสื่อมสภาพไปสืบเนื่องมาจากกระบวนการชรา ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการหมดสภาพสังขารของร่างกายที่เคยได้พบ

เห็นในลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น มีอาการอ่อนแรง หายใจช้าลง มีอาการค่อยๆ เย็นจากขาขึ้นมา เป็นต้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ไม่ทำให้เกิดความทรมานทรมานเป็นภาวะปกติก่อนที่จะจากไปเป็นสิ่งที่สมควรเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของอวัยวะต่างๆในร่างกายตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตก่อนที่จะจากไป เป็นการที่อวัยวะต่างๆในร่างกายมีการเสื่อมสภาพไปตามอายุขัย ทำให้เกิดอาการที่เกิดขึ้นจากการหมดสภาพสังขารของร่างกายที่ผู้สูงอายุเคยได้พบเห็น เช่น การไม่กินข้าวกินน้ำ มีอาการอ่อนแรง หายใจช้าลง มีอาการค่อยๆ เย็นจากขาขึ้นมา อาการต่างๆค่อยๆหมดไปเหมือนผลไม้สุกงอมที่ร่วงหล่นลงมาจากต้น ซึ่งในมุมมองทางการแพทย์อาการของผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตประกอบด้วยความดันเลือดที่ต่ำลง ชีพจรเต้นเบาและเร็ว หายใจเบาตื้นร่วมกับหยุดหายใจเป็นบางช่วงขณะ รูม่านตามีปฏิกิริยาตอบสนองลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น มีเหงื่อออกมาก ผิวหนังเย็นซีด การควบคุมการกลืนปัสสาวะไม่ดี และความสามารถในการได้ยินและการมองเห็นลดลง (Eliopoulos, 2005) สอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) ที่ว่าการตายเกิดจากผลของเนื้อเยื่อต่างๆ มีการเสื่อมสภาพและไม่สามารถคืนสู่สภาพดังเดิมได้ ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างถาวรซึ่งนำไปสู่การตายได้ เนื่องจากมีการเสื่อมสภาพแล้วร่างกายไม่สามารถสร้างอวัยวะเนื้อเยื่อใหม่มาทดแทนได้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) และในมุมมองของศาสนาทางทิเบตบอกว่าคนประกอบด้วย ดิน น้ำ ลม ไฟ เวลาตาย ดิน น้ำ ลม ไฟ จะค่อยๆ ทยอยตายทีละส่วน อาจไม่เรียงลำดับแต่มักจะดับไปตามนี้ คือ ธาตุดิน คือ กล้ามเนื้อเริ่มลีบ ไม่มีแรง การเห็นจะไม่ชัดเจนที่สว่างๆจะเริ่มหม่นหมอง มีดมัว ธาตุน้ำ หมายถึงของเหลวในร่างกาย เริ่มมีอาการแปรปรวน เช่น ปากคอแห้ง เหงื่อออก อุจจาระ ปัสสาวะไหล การได้ยินไม่ชัดเจน พูดไปไม่ตอบสนอง ธาตุไฟ คืออุณหภูมิในร่างกายจะเริ่มตัวเย็น (ทะเลาะดามะตั้งข้อสังเกตว่าคนดีเริ่มเย็นจากเท้าขึ้นหัว คนชั่วจะเย็นจากหัวลงเท้า) การได้กลิ่นจะไม่ดี ความใส่ใจความสนใจต่อคนรอบข้างไม่ดี เหม่อลอยไม่ตอบสนองไม่รู้รู้อาภปรากฏที่แววตาด้วย ธาตุลม คือลมหายใจ หายใจเข้าจะสั้น ชัด ลำบาก หายใจออกยาวขึ้นๆ ทิเบตบอกลมหายใจออกจะเป็นครั้งสุดท้าย หายใจเข้าสั้นหายใจออกยาว อากาศออกไปเรื่อยๆ ลมหายใจออกจึงเป็นลมหายใจสุดท้าย การสัมผัสรับรู้ทางกายจะไม่มีดี แต่ตัวจะไม่รู้สึก (พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2548)

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hattori et al. (2006) ที่พบว่าในประเทศญี่ปุ่น การตายแบบค่อยๆ หมดไปตามธรรมชาติ เรียกว่า *rosui* เป็นการจากไปตามธรรมชาติที่ไม่ต้องการการรักษาที่เป็นไปเพียงช่วยยืดชีวิตออกไป ชาวญี่ปุ่นเชื่อว่าการตายแบบนี้เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นการจากไปอย่างสงบตามมรณะวิถีที่เรียกว่า *daijo* ซึ่งหมายถึงการตายอย่างสงบปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

ไม่ป่วยนานเป็นภาระลูกหลาน

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุมองว่ายิ่งแก่ตัวก็จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงเป็นภาระแก่ลูกหลานที่ต้องมาดูแลเลี้ยงดู เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดความยากลำบากในการที่จะรักษาภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง อวัยวะต่างมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง เช่น การได้ยิน การมองเห็น การรับประทานอาหาร การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการที่ต้องเป็นภาระผู้อื่น (Ebersole & Hess, 2001) ในเวลาเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ลูกหลานต้องมาปรนนิบัติดูแล ต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้จากการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เป็นการทำให้ครอบครัวเขาเดือดร้อนทั้งทางด้านกำลังกายและกำลังทรัพย์ เนื่องจากสังคมในปัจจุบันทุกคนต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว มีภาระค่าใช้จ่ายต่างๆในชีวิตประจำวันด้วยค่าครองชีพที่สูงขึ้น การเจ็บป่วยทำให้ลูกหลานต้องหยุดงานมาดูแลจะทำให้เขาเดือดร้อน ไม่อยากเป็นภาระการดูแลต่อผู้อื่นและครอบครัว ผู้สูงอายุมองว่าภาวะดังกล่าวทำให้เกิดภาระการดูแลแก่ลูกหลานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายเขาต้องอดหลับอดนอนมาปรนนิบัติดูแลไม่ได้พักผ่อนตามเวลา ด้านจิตใจเขาต้องรู้สึกวิตกกังวลทุกข์ร้อนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยบางครั้งต้องสิ้นเปลืองเงินทองเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรแก้ว กำพลศิริ (2542) พบว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นภาระแก่ผู้ใกล้ชิด ซึ่งภาระในที่นี้คือในเรื่องการดูแลและค่าใช้จ่าย เนื่องจากการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมากและที่สำคัญผู้ใกล้ชิดซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บุตรหรือหลานก็ต้องลำบากจากการดูแล และ Hirai (2006) และ Reitjen et al. (2006) ที่พบว่าองค์ประกอบหนึ่งของการตายดีคือ ไม่เป็นภาระการดูแลต่อผู้อื่น

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุยังมองว่าการตายที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันทีทันใดไม่รู้ตัว ไม่ได้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน เป็นการตายที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติโดยไม่รู้ตัวมาก่อนหรือไม่มีอาการใดๆเกิดขึ้นล่วงหน้า ไม่มีกระบวนการที่นำไปใช้ในการเร่งให้ตายเร็วขึ้นโดยการให้ยาหรือการฆ่าตัวตาย เช่น ในลักษณะที่นั่งคุยกันอยู่แล้วตาค้างหยุดหายใจไป ไม่ต้องทุกข์ไม่ต้องรู้สึกถึงความตายใกล้มาถึงเป็นการจากไปด้วยดีปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ร่างกายไม่ต้องรับรู้ความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรคจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ จิตใจไม่ต้องรับรู้ถึงความทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย รวมถึงไม่เป็นภาระการดูแลต่อผู้อื่น ซึ่งมาจากการมองว่าความตายคือบั้นปลายของชีวิต ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาถึงวัยนี้ได้ผ่านวิกฤตการณ์ของชีวิตมาอย่างมากมาย ได้สร้างบุญสร้างกุศลสร้างคุณงามความดีสะสมไว้แล้ว มี

ความพร้อมเกิดการยอมรับต่อความตายที่จะมาถึง ในเวลาที่ถึงคราวต้องตายก็ขอให้แบบป๊อปไปเลยไม่ต้องทรมานทั้งตนเองและลูกหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hattori et al. (2006) ที่พบว่าในประเทศญี่ปุ่นการตายอย่างฉับพลันจะเรียกว่า pokkuri เป็นการตายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วฉับพลันทันทีทันใดปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมานเป็นเวลานาน เช่น การตายจากโรคหัวใจด้วยภาวะหัวใจฉับพลัน (heart attack) และเป็นการตายที่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือการตายจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรังเป็นระยะเวลานาน เป็นการตายที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันทีทันใดโดยไม่มีการรู้ล่วงหน้ามาก่อนในลักษณะป๊อปไปเลย ผู้ที่ตายอย่างฉับพลันงานพิธีศพจะได้รับการสวดมนต์อย่างสมเกียรติที่จัดขึ้นภายในโบสถ์

ผู้สูงอายุกล่าวไว้ในเรื่องการตายในลักษณะที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที ยังมีอีกมุมมองหนึ่งสิ่งที่ต้องตระหนักคือ การมีทัศนคติต่อความตาย ถ้าเรามองความตายเป็นเรื่องน่ากลัวเป็นเรื่องที่ทุกข์ทรมาน ดังนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงความตายให้ไกลและนานที่สุด ถ้าจะตายก็อยากตายแบบฉับพลันทันทีไม่ต้องทุกข์ทรมาน อยากจบชีวิตให้เร็วที่สุดและเจ็บปวดน้อยที่สุด ทำให้เกิดความต้องการว่าถ้าจะตายก็ขอให้แบบป๊อปไปเลย

ลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุมองว่าการตายตามธรรมชาติด้วยการมีลูกหลานห้อมล้อมยอมรับการจากไป เป็นการที่ลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และยอมรับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ที่จากไปเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบสุข การที่ลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้เห็นต่อการจากไปซึ่งจะมีการแสดงออกทางสีหน้าที่ได้พบเห็นได้จากสีหน้าที่อึมครึมในยามที่ใกล้จะจากไปท่ามกลางการห้อมล้อมของลูกหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุได้กล่าวว่าในสมัยก่อนความตายในบริบทสังคมไทยเป็นเรื่องที่คุ้นเคยเพราะใครๆก็ตายที่บ้านมีลูกหลานห้อมล้อม เวลาใกล้ตายคนในหมู่บ้านก็จะรับรู้ไปอยู่เป็นเพื่อนไปดูใจ ตั้งแต่เด็กจนโตก็คุ้นกับความตาย เวลาตายก็ตั้งศพที่บ้านสวดมนต์ที่บ้าน ต่อเมื่อจะเผาก็จะไปเผาที่บ้านหรือที่วัด ได้พบเห็นกระบวนการตายตั้งแต่ต้นจนจบ แต่ปัจจุบันผู้คนจะถูกปิดกั้นไม่ให้รับรู้เรื่องความตาย การตายส่วนใหญ่ตายที่โรงพยาบาลหรือในห้องไอซียู ซึ่งทำให้กระบวนการตายเป็นเรื่องที่ปกปิดให้ห่างไกลออกไปจากหมู่บ้าน เมื่อตายแล้วก็ไม่ได้เห็นศพเพราะว่าศพอยู่ในโลงและเผากันแบบมิดชิด เรียกว่าเป็นชีวิตที่ถูกแยกขาดจากความตายทำให้ไม่คุ้นเคยกับความตาย ในปัจจุบันมีหลายคนพอรู้ว่าจะต้องตายก็จะกลับไปตายที่บ้าน โดยเฉพาะคนเฒ่าคนแก่หลายคนเลือกไปตายที่บ้านเพราะว่าหนึ่งเป็นที่ที่เขาคุ้นเคย สองเป็นที่ที่เขาจะได้อยู่กับลูกหลาน การได้อยู่กับลูกหลานเป็นความสุขในช่วงสุดท้ายของชีวิตรวมทั้งได้สั่งเสียอะไรต่างๆหลายอย่าง การได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวที่มีความเข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วยจะทำให้ความวิตกกังวลต่างๆลดน้อยลง และการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเป็นการสืบสานสัมพันธ์ภาพอันดีภายใน

ครอบครัว เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมเป็นหน้าที่รับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวที่จะประคับประคองดูแลอย่างใกล้ชิด ให้การดูแลเอาใจใส่กันและกัน ทะนุถนอมจิตใจให้ความรักความอบอุ่นช่วยเหลือกันนอกจากจะช่วยให้มีความสุขแล้ว ยังช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย เพราะตระหนักได้ว่าตนเป็นที่รักของครอบครัว นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวจะสบายใจได้ทำให้ความดีตอบแทนบุญคุณ หรือการได้ปรนนิบัติดูแลผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายจะเป็นการไถ่บาปซึ่งอาจเคยกระทำต่อกันในอดีต (ชมพูนุช พงษ์ศิริ, 2538) การที่ลูกหลานได้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้และยอมรับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้ที่จากไปเกิดความรู้สึกอบอุ่นทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดการจากไปอย่างสงบสุขท่ามกลางการห้อมล้อมของลูกหลาน (Geest, 2004) เป็นไปตามทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ตามขั้นของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Need Theory) ที่กล่าวว่าความต้องการในขั้นที่ 3 คือความต้องการด้านความรัก ความเข้าใจ และการเป็นเจ้าของ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) จากการศึกษาของ นุช ทิพย์แสนคำ และคณะ (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความต้องการความรักกำลังใจและความอบอุ่นจากลูกหลาน คู่สมรส หรือมิตรสหาย ต้องการให้ญาติหรือมิตรสหายมาเยี่ยมมากที่สุด ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อนตายขอเพียงช่วงเวลาสั้นๆที่ได้พบหน้าคนที่รักและเข้าใจ ขอให้มิตรสหายอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา ได้อยู่ในอ้อมกอดแห่งความรัก ขอการสัมผัสอบอุ่นเพราะจะช่วยให้เกิดความอบอุ่นและตายอย่างสงบ และได้รับการดูแลช่วยเหลือให้เกิดความสุขกายและสุขใจในวาระสุดท้าย (ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ, 2543)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุนผา ชอบใช้ (2536) ที่พบว่า ลูกหลาน คู่สมรส เป็นสิ่งที่ให้ความหมาย เป็นจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังและกำลังใจ ยังต้องการกำลังใจ ความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน การปฏิบัติต่อกัน คือ อย่างน้อยขอให้เห็นหน้าพูดคุย ในกรณีที่ช่วยตนเองไม่ได้ต้องการให้ช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวันหรือช่วยปฏิบัติภารกิจต่างๆที่ให้ความหมายและเป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต เช่น การถวายอาหารพระสงฆ์ เป็นต้น และแม้ถึงคราวจะต้องตายก็ได้เห็นหน้าก่อนตาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นว่าต้องการตายอย่างสงบ ได้อยู่ท่ามกลางญาติมิตรที่รักเพื่อความมั่นคงอบอุ่นทางใจเป็นครั้งสุดท้ายก่อนที่จะไม่ได้พบกันอีกตลอดกาล ต้องการตายท่ามกลางญาติพี่น้องซึ่งรักใคร่ใกล้ชิด ส่วนใหญ่ต้องการตายที่บ้านเพราะมีความคุ้นเคยมีบุตรหลานหรือเพื่อนบ้านคอยดูใจ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ไม่ปล่อยให้อยู่อย่างโดดเดี่ยวในระยะเวลาที่ใกล้จะจากไป (เปรมใจ วงศ์วิเศษ, 2545; พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ และสุลี ทองวิเชียร, 2533; Beckstrand et al., 2006)

จากการศึกษาของ Geest (2004) ศึกษาการตายดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ความตายเป็นเรื่องลับเฉพาะของคนในครอบครัว การตายดีเป็นการตายในบ้านที่แวดล้อมไปด้วยบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว เรื่องราวของกระบวนการก่อนตายจะรับรู้กันแต่คนในครอบครัว ชุมชน จะมีการรับรู้เรื่องความตายหลังมีการเสียชีวิตแล้ว ซึ่งครอบครัวผู้ตายจะประกาศให้รับรู้เพื่อการเข้าร่วมพิธีศพ การเสียชีวิตในวัยสูงอายุจะได้รับการยกย่องสรรเสริญจากสังคมได้รับการสดุดีเหมือนเป็นวีรบุรุษ พิธีศพของผู้สูงอายุจะมีความยิ่งใหญ่เป็นที่ยอมรับของสังคมมากกว่าพิธีศพของผู้ที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตมาด้วยดีจะส่งผลให้พบกับการตายที่ดีและ จะได้รับการยกย่องสรรเสริญหลังการจากไป ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทสังคมไทยเนื่องจากการเสียชีวิตส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการเสียชีวิตที่สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุที่จากไปก่อนวัยอันควรด้วยโรคติดต่อ การได้เสียชีวิตในวัยสูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สังคมเห็นว่าสมควรได้รับการยกย่องสรรเสริญ เป็นการแสดงให้เห็นว่าคนผู้นั้นได้ดำเนินมาชีวิตมาด้วยความดีสมควรได้รับการยกย่องสรรเสริญเป็นแบบอย่างแก่คนทั่วไป

การตายดี : ตายอย่างหมดห่วง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการตายอย่างหมดห่วงว่า เป็นการจากไป หลังจากได้จัดการภารกิจเสร็จสิ้นแล้ว และได้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัวมีการสั่งเสียลูกหลาน เตรียมทรัพย์สินสมบัติจัดสรรมรดก ทรัพย์สินให้เรียบร้อย และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดีไว้ ซึ่งผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาเป็นสัจธรรมเป็นความจริงที่ทุกคนหนีไม่พ้น ทุกคนเกิดมาต้องตาย แต่ก็ไม่รู้ว่าตัวเองจะตายเมื่อไหร่ ตายอย่างไร หรือว่าตายแล้วจะไปไหน จากประสบการณ์ที่ได้พบเห็นการตายที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การตายที่ลำบากในลักษณะที่ตายก็ไม่ตาย เป็นก็ไม่เป็น อยู่เป็นการภาวะให้ลูกหลานต้องมาดูแลเป็นระยะเวลานาน และความตายที่ไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติ เช่น จากอุบัติเหตุ ถูกฆ่าตาย เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวต่อความตายที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง และในความเป็นมนุษย์บุญคุณธรรมด้าย่อมมีความห่วงในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทรัพย์สินสมบัติ ลูกหลาน ห่วงข้างหลังในเรื่องที่ตนเองยังสะสางไม่เสร็จ หรือการห่วงข้างหลังสารพัดที่จะห่วง การได้มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ไว้แล้วจะช่วยให้คลายความห่วงลงได้ ส่งผลทำให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการจากไป ดังที่ พระไพศาล วิสาโล (2550) กล่าวว่าคนเรากลัวความตายกันมากเนื่องจากเราไม่เข้าใจเรื่องความตาย เราไปเข้าใจว่าความตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต เมื่อชีวิตดำเนินมาถึงความตายก็มักเข้าใจว่าชีวิตนั้นจบสิ้นแล้ว ไม่มีอะไรหลังจากนั้นอีกต่อไป ยิ่งไปกว่านั้นเรายังมองว่าความตายเป็นเรื่องของความเจ็บปวดทรมานที่มีแต่ความเสื่อมสลายความพินาศเป็นจุดหมายปลายทาง นั่นเป็นเพราะเรามองแต่ในแง่ร่างกาย หรือมองความตายเฉพาะมิติกายภาพ ถ้าเรามองความตายแต่ใน

แม้กายภาพเราจะเห็นว่ามีความเสื่อมความพินาศย่อยยับเมื่อถึงจุดสุดท้ายของชีวิต แต่ถ้าเรามองเห็นความตายในมุมที่กว้างขึ้นโดยคลุ้มไปถึงเรื่องจิตใจหรือเรื่องจิตวิญญาณด้วยแล้ว เราจะพบว่าความตายมิใช่ “ วิกฤต ” เท่านั้น หากยังเป็น “ โอกาส ” อีกด้วยคือเป็นโอกาสที่จิตจะได้พัฒนาไปสู่อีกระดับหนึ่ง เกิดพัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ไปพ้นจากสภาวะเดิม ความตายจึงเป็นโอกาสให้เกิดพัฒนาการทางจิตวิญญาณได้แม้ร่างกายจะเสื่อมทรุดแตกสลาย

เมื่อผู้สูงอายุเกิดความกลัวต่อความตายรวมกับความห่วงที่ยังมีอยู่ จึงทำให้เกิดการจัดการภารกิจที่ค้างค้างให้เสร็จสิ้นแล้ว และมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ให้เรียบร้อย ทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมก่อนที่ตัวเองจะตาย เพื่อให้หมดห่วงมีความกลัวต่อความตายน้อยลงหรือหมดไป การได้มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ไว้แล้วจะช่วยให้คลายความห่วงและความกลัวลงได้ ส่งผลทำให้เกิดความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบ การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการตายอย่างหมดห่วง ได้แก่ หมดห่วงแล้ว และได้เตรียมพร้อมแล้ว

หมดห่วงแล้ว

ผู้สูงอายุกล่าวว่าในความมนุษย์ปุถุชนย่อมมีความห่วงที่ยังตัดไม่ได้ สาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเพราะยังมีการติดยึดกับบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้อาจจะได้แก่ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สินสมบัติ การงาน โลกทั้งโลกที่คุ้นเคย รวมถึงความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างสิ่งนั้นอาจได้แก่ภารกิจงานที่ยังค้างค้างทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ภารกิจบางอย่างเกี่ยวกับลูกหลานหรือบิดามารดาที่ยังคาราคาซังอยู่ ความโกรธแค้นใครบางคน ความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรมความรู้สึกเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวลควบคู่กับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ความห่วงเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่ายยิ่งจะทำให้ความตายกลายเป็นเรื่องทุกข์ทรมานมากขึ้น ผู้สูงอายุมองว่าถ้าความห่วงนั้นได้รับการจัดการแก้ไขในทางที่ปรารถนาจะทำให้ความห่วงนั้นหมดไป ทำให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในยามที่จะจากไป

ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าความห่วงกังวลไม่ว่าเรื่องอะไรก็ตาม นอกจากจะทำให้ทุกข์ทรมานในยามใกล้ตายแล้วเมื่อสิ้นลมก็จะเป็นเหตุให้ไปสู่ทุกข์ได้ สิ่งค้างคาใจเป็นภาระอีกประการหนึ่งที่ควรปลดปล่อยหรือสะสางให้แล้วเสร็จ อาทิเช่น ความรู้สึกโกรธเคืองเจ็บแค้นใครบางคน โดยเฉพาะคนที่เคยใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ ลูกหลาน หรือเพื่อนร่วมงาน หรือความรู้สึกผิดที่ได้กระทำสิ่งไม่สมควรต่อคนเหล่านั้น เมื่อความตายใกล้เข้ามาควรหาทางปลดปล่อยความรู้สึกเหล่านั้น เช่น ให้อภัย ขอโทษ หรือขอโทษ จากการศึกษานี้ของขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2543) พบว่าช่วงเวลาใกล้ตายเป็นช่วงที่มีความหมายสำหรับผู้ที่จะจากไปและผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ เป็นช่วง

เวลาสุดท้ายที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยกันก่อนที่จะจากกันชั่วนิรันดร์ การได้สั่งลาและฝากภาระที่ยังค้างคั่ง อาจจะเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมแก่การบอกคำบางคำที่มีความหมายเพื่อเป็นกำลังใจ หรือการได้สั่งลาหรือมอบหมายงานที่ยังทำไม่เสร็จ เพื่อความสบายใจและช่วยให้ตายอย่างสงบ และสิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์ (2548) พบว่าความรู้สึกของการได้ปลดปล่อยภาระไม่มีสิ่งที่ยังกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการได้เตรียมตัวตาย ทำให้เกิดความมั่นใจว่าจะช่วยลดภาระที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักหลังจากที่เสียชีวิตแล้ว

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมองว่าในบรรดาความห่วงความติดขัดทั้งหลายไม่มีอะไรที่ลึกซึ้งแน่นหนาไปกว่าความติดขัดในตัวตน ความตายในสายตาของคนบางคนหมายถึงความดับสูญของตัวตนซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ทนไม่ได้และทำใจยาก เพราะลึกๆคนเราต้องการความสืบเนื่องของตัวตน ความเชื่อว่ามีสวรรค์นั้นช่วยตอบสนองความต้องการส่วนลึกดังกล่าวเพราะทำให้ผู้คนมั่นใจว่าตัวตนจะดำรงคงอยู่ต่อไป แต่สำหรับคนที่ไม่เชื่อเรื่องสวรรค์หรือภพหน้า ความตายกลายเป็นเรื่องที่น่ากลัวอย่างที่สุด พระไพศาล วิสาโล (2550) กล่าวว่าในทางพุทธศาสนาตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริงสำหรับผู้ปวยที่มีพื้นฐานทางพุทธศานามาก่อนอาจมีความเข้าใจในเรื่องนี้ไม่มากนักน้อย แต่คนที่สัมผัสพุทธศาสนาแต่เพียงด้านประเพณีหรือเฉพาะเรื่องทำบุญสร้างกุศล การที่จะเข้าใจว่าตัวตนนั้นไม่มีอยู่จริง (อนัตตา) คงไม่ใช่เรื่องง่าย อย่างไรก็ตามการแนะนำให้ค่อยๆปล่อยวางในความยึดถือตัวตน เริ่มจากความปล่อยวางในร่างกายว่าเราไม่สามารถบังคับร่างกายให้เป็นไปตามปรารถนาได้ ต้องยอมรับสภาพที่เป็นจริงว่าสักวันหนึ่งอวัยวะต่างๆก็ต้องเสื่อมทรุดไป ขั้นตอนต่อไปก็คือการช่วยแนะนำให้ปล่อยวางความรู้สึกไม่ยึดเอาความรู้สึกใดๆเป็นของตน วิธีนี้จะช่วยลดทอนความทุกข์ความเจ็บปวดได้มาก เพราะความทุกข์มักเกิดขึ้นเพราะไปยึดเอาความเจ็บปวดนั้นเป็นของตน การละความสำคัญมั่นหมายดังกล่าวจะทำให้ต้องอาศัยการฝึกฝนจิตใจพอสมควร แต่ก็ไม่เกินวิสัยที่คนธรรมดาจะทำได้ ทั้งนี้เพราะสามารถละวางความสำคัญมั่นหมายในความเจ็บปวดได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือใช้ธรรมโอสถะเยียวยาจิตใจ

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Geest (2004) ที่พบว่าการตายดีของผู้สูงอายุเป็นการตายตามธรรมชาติหลังจากได้ใช้ชีวิตที่มีคุณค่ามาอย่างยาวนาน เป็นการตายของบุคคลที่ได้จัดการธุระต่างๆเสร็จสิ้นแล้ว ทำให้เกิดความสงบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น

ได้เตรียมพร้อมแล้ว

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการได้เตรียมพร้อมแล้ว ว่าเป็นการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายโดยการวางแผนหรือการได้ดำเนินการไว้ล่วงหน้า ได้เตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ไว้แล้ว ทำให้เกิดความพร้อมต่อความตายที่จะเกิดขึ้น ผู้สูงอายุมองว่าการเตรียมตนเองให้พร้อมไม่ว่าจะเป็นการเตรียมใจตนเอง การเตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติมรดก และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ความวิตกกังวลในเรื่องความตาย

ลดลงหรือหมดไป เป็นการเตรียมไว้ล่วงหน้าให้พร้อมเพื่อลดความห่วงความวิตกกังวลในยามที่ตัวเองจะต้องจากไป ก่อให้เกิดความสบายใจในเรื่องความพร้อมของตัวเองต่อความตายที่จะมาเยือน และลูกหลานที่อยู่ข้างหลังจะไม่เดือดร้อน

เตรียมใจตนเอง เป็นการฝึกจิตใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ผู้สูงอายุยอมรับว่า จะต้องตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่แน่นอนแต่จะมาเมื่อไหร่จะมาอย่างไรไม่มีใครรู้ มีระลึกถึงความตายว่าอาจเกิดขึ้นได้ทุกขณะ ฝึกจิตใจตนเองให้เตรียมใจให้พร้อมที่จะปล่อยวางทุกสิ่งทุกอย่างเมื่อความตายมาเยือน การเตรียมจิตใจที่ดีก็จะทำให้ไปสู่สุคติ การศึกษารั้วนี้ผู้สูงอายุมักมีการเตรียมใจตนเองโดยการทำความจิตใจให้บริสุทธิ์ การถือศีลภาวนา การทำสมาธิ หมั่นฝึกจิตใจให้ยอมรับความตายโดยการระลึกถึงความตายอยู่เสมอ การฝึกการหัดตายในขณะนอนหลับ การหมั่นทำใจให้คุ้นเคยกับความตายพิจารณาความตายอย่างสม่ำเสมอ เรียกว่า มรณสติ เป็นสิ่งที่ควรทำเป็นประจำ เป็นการเตือนว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาที่ต้องเกิดขึ้นกับเราไม่ช้าก็เร็ว การทำอย่างเสมอช่วยให้เราไม่ล้มตายไม่อยู่ในความประมาท การฝึกใจให้คุ้นเคยกับความตายช่วยให้เรายอมรับความตายได้มากขึ้น และสามารถเผชิญหน้ากับความตายด้วยใจสงบ พุทธศาสนาสอนว่าถ้าเผชิญความตายด้วยใจสงบหรือวางจิตให้เป็นกุศล จิตสุดท้ายก่อนตายต้องเป็นกุศลคือสงบหรือกำหนดอยู่กับสิ่งที่ดีงาม ความสงบเป็นสิ่งสำคัญเป็นเรื่องที่ต้องฝึก ถ้าฝึกก็มีโอกาสสงบได้ แต่สงบอย่างเดียวไม่พอต้องให้สว่างคือมีปัญหาด้วยหมายความว่าขั้นแรกต้องให้จิตสงบก่อนขั้นต่อมาคือทำปัญญาให้เกิดขึ้น ส่วนใหญ่เราจะพอใจแค่จะให้จิตสงบ เพื่อจะได้ไปสู่สุคติอาจจะไปเกิดในสวรรค์ตามความเชื่อของคนโบราณ แต่ทางพุทธศาสนาบอกว่าจิตของคนเรามีศักยภาพที่จะทำได้มากกว่านั้นคือสงบเป็นขั้นต้น ขั้นต่อมาคือมีปัญหาและเห็นสิ่งต่างๆตามความเป็นจริง จะหลุดพ้นได้หรือไม่ได้ในวาระสุดท้ายก็ตรงนี้ คือมีปัญหาเห็นสังขาร เข้าใจสิ่งต่างๆตามความเป็นจริง เข้าใจว่าสิ่งทั้งปวงไม่น่ายึดถือไม่น่าเอามาเป็นตัวตนของเรา เข้าถึงภาวะที่ท่านอาจารย์พุทธทาสเรียกว่าจิตว่าง ที่จริงยังมีอีกสำนวนหนึ่งที่ท่านชอบพูดคือ " ตกกระได พลอยกระโจน " ไร่นาจะตกกระไดแล้วก็กระโจนลงไปเลยไม่ต้องลังเล ไม่ต้องคิดหน้าคิดหลังหรือเสียดยอะไรทั้งสิ้น ความหมายก็คือเมื่อจะตายแล้วก็ปล่อยวางทุกสิ่งไม่อาลัยไยดี เรียกว่ารู้จักใช้ความตายให้เป็นประโยชน์ คนเราตายไปแล้วกรรมย่อมเป็นพลังหนุนส่ง จะส่งไป สุคติหรือทุคติหรือไปสู่วิมุตหลุดพ้นก็ขึ้นอยู่กับ การวางจิตวางใจก่อนตาย ความตายมีพลังส่งแรงมากถ้าวางจิตให้ดีนี้ถึงนิพพาน พระอรหันต์ ความหลุดพ้น ความตายก็สามารถหนุนส่งหรือผลักดันไปสู่ความหลุดพ้นได้ พระพุทธเจ้าตรัสว่ากรรมใกล้ตายหรืออาการของจิตสุดท้ายมีพลังแรง เหมือนกับวัวที่เอาอัดเยียดอยู่ในคอก เมื่อเปิดประตูคอกตัวที่จะออกมาก่อนคือตัวที่อยู่ใกล้ประตูที่สุดหมายความว่ากรรมใกล้ตายมันจะแสดงผลก่อน ถ้าจิตสุดท้ายมุ่งไปสู่ความหลุด

พันจิตก็อาจหลุดพ้นไปเลย แต่ถ้าจิตสุดท้ายเป็นจิตที่ห่วงทรัพย์สินสมบัติมันก็จะกลับมวนเวียนเฝ้าสมบัติ (พระไพศาล วิสาโล, 2457)

ผลการศึกษาที่สนับสนุนการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลป์สุวรรณ และ สุลี ทองวิเชียร (2533) พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยอมรับในเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นสิ่งธรรมดาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจเนื่องมาจากการยึดถือตามหลักพระธรรมคำสอนในศาสนาที่ตนเองนับถือ ศาสนาเป็นสิ่งที่ฝังแน่นอยู่ในจิตใจและพื้นฐานอารมณ์ เป็นรากฐานของวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของบุคคลในสังคมตั้งแต่เกิดจนตาย ความเจ็บปวด ความกลัวทุกข์ทรมาน เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการเผชิญ ดังนั้นธรรมะจึงเป็นความหวังเป็นเครื่องบรรเทาทุกข์ทางใจให้ยอมรับภาวะต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Geest (2004) ที่พบว่าผู้สูงอายุจะมีการอ่านหนังสือเกี่ยวกับศาสนาที่ตนเองนับถือเพื่อเตรียมจิตใจให้พร้อมสำหรับความตาย และ Tsai et al. (2005) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไต้หวัน ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับฟังคำสอนจากพระในศาสนาพุทธช่วง 2 วันก่อนเสียชีวิตจะมีระดับความกลัวตายต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งการลดระดับความกลัวตายให้ต่ำลงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การตายดี และความเลื่อมใสในหลักของศาสนาจะทำให้มีความกลัวต่อความตายลดลง

เตรียมครอบครัว ในบริบทสังคมไทยตั้งแต่เด็กไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ สมาชิกอาวุโสจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวทำหน้าที่ดูแลความทุกข์สุขของสมาชิกในครัวเรือน ค่านิยมในเรื่องการเคารพผู้อาวุโส การเคารพยกย่อง นับถือ และเชื่อฟังผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาก่อน สังคมไทยจะย้ำเรื่องอาวุโสมาตั้งแต่เด็ก โดยต้องเคารพพี่ ป้า น้า อา โดยเฉพาะพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นระบบที่ญาติพี่น้องมีความรักใคร่ผูกพันและมีความอบอุ่นมาก (สุพัตรา สุภาพ, 2545) จากความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นในครอบครัวในยามที่ผู้สูงอายุจะจากไปย่อมมีความห่วงคนที่ยังอยู่ข้างหลัง จึงทำให้เกิดการเตรียมครอบครัวให้พร้อมเพื่อไม่ให้เกิดความยุ่งยากในยามที่จะจากไป การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุมีการเตรียมครอบครัวโดยการสั่งเสียลูกหลานหรือคนอยู่ข้างหลังให้เกิดความพร้อมในสถานการณ์เรื่องต่างๆ ในยามที่เกิดการจากไปโดยการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าถึงความประสงค์ในเรื่องต่างๆ ที่ตนปรารถนา เพื่อให้ครอบครัวได้รับทราบและเกิดการปฏิบัติต่อไปในยามที่ตนเองเสียชีวิต เป็นการเตรียมในเรื่องมีการบอกกล่าวลูกหลานถึงสถานที่ในเก็บเอกสารเรื่องมรดก การสั่งการจัดงานเตรียมงานพิธีศพ การเลือกวิธีจัดการศพของตนเอง การเลือกสถานที่จัดฌาปนกิจศพไว้ล่วงหน้า การสั่งสอนให้ลูกหลานรักใคร่สามัคคีปรองดองกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีการค้นหาความต้องการของตนเองในยามที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยใช้เวลาที่เหลืออยู่ในการทบทวนสิ่งที่ผ่านมาในอดีต หรือพยายามค้นหาหนทางแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดที่ได้ทำมา เช่น การแก้ปัญหาข้อขัดแย้ง

ของลูกหลานในครอบครัวหรือในเครือญาติ การแก้ไขปัญหาสะพานภาระงานเรื่องที่ยังค้างคาในจิตใจ เป็นช่วงที่มีความเข้าใจและยอมรับในประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมา ทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Ebersole, Hess, & Luggen, 2004)

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลน์ สาภินันท์ (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวโดยการเลือกวิธีจัดการศพของตนเอง การเลือกสถานที่จัดฌาปนกิจศพไว้ล่วงหน้า เช่น การเผาศพ การฝังศพ การอุทิศร่างกาย และ อุทยา นาคเจริญ (2544) เรื่องการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีการพูดคุยกับครอบครัวเรื่องการรักษาเมื่อป่วยหนัก และเลือกผู้ไว้วางใจตัดสินใจแทน วางแผนสำหรับสมาชิกในครอบครัวสะสมเงินสำหรับผู้ที่ยืนรักและสถานที่ที่ต้องการอยู่ในวาระสุดท้าย และยังพบว่ามีการเตรียมครอบครัวโดยมีการกล่าวลากับบุคคลอันเป็นที่รัก มีการแลกเปลี่ยนความรู้ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ใช้เวลาที่เหลืออยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก สมาชิกในครอบครัวมีการเตรียมตัวและปรับตัวที่ดีมีเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจเกิดการยอมรับหลังการจากไป เพื่อไม่ให้ครอบครัวเกิดความเศร้าโศกเสียใจหลังผู้ป่วยเสียชีวิตคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่สมบูรณ์ของชีวิต (Carr, 2003; Hirai, 2006; Reitjen et al., 2006; Steinhauser et al., 2000)

เตรียมทรัพย์สินสมบัติ ในยามที่จะจากไปทรัพย์สินสมบัติเป็นความห่วงใยไม่น้อยไปกว่าการห่วงในเรื่องอื่นๆ ผู้สูงอายุมองว่าในบางครั้งทรัพย์สินสมบัติเป็นต้นเหตุของการทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมามากมาย เช่น การทะเลาะกันในเรื่องการจัดสรรที่ไม่ลงตัวก่อให้เกิดความแตกแยกในหมู่พี่น้อง การขาดกรรมเพื่อแย่งชิงทรัพย์สินสมบัติ การศึกษาค้นคว้าผู้สูงอายุมีการจัดการเกี่ยวกับทรัพย์สินสมบัติที่มีอยู่ให้เรียบร้อยโดยการจัดสรรปันส่วนตามความประสงค์ก่อนที่จะจากไป ซึ่งอาจเป็นในรูปค่าพูดที่ส่งเสียไว้หรือการกระทำอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิตไปแล้ว มีการเตรียมจัดสรรทรัพย์สินสมบัติที่มีอยู่ให้เรียบร้อยในรูปการทำพินัยกรรมเรื่องมรดกเงินทองสิ่งของมีค่า การแบ่งจัดสรรที่ดินอย่างถูกต้องตามกฎหมาย การเตรียมเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายในงานศพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมใจ วงศิริไพศาล (2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุจะเตรียมเรื่องกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยซึ่งสำคัญสำหรับชาวชุมชน เตรียมค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพโดยเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจ

เตรียมทำบุญ การศึกษาค้นคว้าผู้สูงอายุมีการสะสมบุญสะสมความดีด้วยการทำบุญใส่บาตร ทอดกฐินผ้าป่า สร้างโบสถ์สร้างวิหาร ถวายทาน ช่วยเหลือสังคมทำสาธารณประโยชน์ เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องในยามที่มีชีวิตอยู่ มีการอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้บุพการีที่ล่วงลับไปแล้ว และยังเป็นการสะสมไว้สำหรับตัวเองเพื่อให้ผลบุญที่ทำไว้ชดใช้เวรกรรมที่ทำมาและสะสมไว้ใช้ในภายภาคหน้า ผู้สูงอายุคิดว่าการหมั่นทำความดีสร้างกุศลอยู่เสมอได้ทำกรรมดีไว้ตลอดชีวิต เมื่อเผชิญกับความตายย่อมมีความอุ่นใจและมั่นใจว่าจะได้ไปสู่สุคติ ตรงกันข้ามกับผู้ที่ทำกรรมชั่วยอม

มีความทุกข์เมื่อวาระสุดท้ายใกล้จะมาถึงเพราะกลัวจะไปสู่ทุกข์ ในบริบทสังคมไทยศาสนาและ
 ผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกัน โดยจะเห็นได้ว่าบุคคลมักจะให้ความสำคัญกับศาสนามากขึ้นเมื่อ
 อายุเพิ่มมากขึ้น ศาสนาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความศรัทธาและก่อให้เกิดข้อกำหนดหรือหลักปฏิบัติ
 ตามหลักคำสอนของศาสนา (Ebersole & Hess, 1998) เนื่องจากศาสนามีพัฒนามาจากความ
 เชื่อและความศรัทธาของบุคคล จึงก่อให้เกิดเป็นกฎศีลธรรมและกลายเป็นหลักจริยธรรมให้มนุษย์
 ยึดถือปฏิบัติ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้สามารถส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล จากการ
 ศึกษาของ ศิริพร จิรวัดมณีกุล (2545) เชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธโดยการสวดมนต์
 ไหว้พระ สามารถทำให้จิตใจสงบสุขได้ และ ละมัด เลิศล้ำ (2542) พบว่าศาสนาเป็นสิ่งที่สนับสนุน
 ด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย และมีความหวัง การ
 ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเ็นปฏิบัติเป็นประจำ (วันดี โภคะกุล และคณะ,
 2541) และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไทยปฏิบัติสืบเนื่องกันมานาน ผู้สูงอายุที่ยึดมั่นปฏิบัติในหลัก
 ธรรมคำสอนของศาสนา มองว่าการที่วัยสูงอายุเป็นช่วงบั้นปลายของชีวิต การปฏิบัติธรรมและ
 สนใจในศาสนาจึงเป็นการเตรียมตัวยอมรับสภาพปลงกับสังขารของตัวเอง (พระราชสุทธิญาณ
 มงคล, 2550) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนการศึกษาของ เปรมใจ วังศิริไพศาล (2545) ที่พบว่า
 คนที่ศรัทธาในศาสนา มีการเตรียมตัวด้านจิตใจสะสมบุญตามความเชื่อเรื่องกรรมที่จะส่งผลไป
 ชีวิตหน้า

ผลการวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นถึงมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธเกี่ยวกับความต้องการเมื่อเข้าสู่
 วาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากความตายเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของชีวิตมนุษย์ การตายที่ดีนั้นมีความ
 สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการมีชีวิตที่ดี ทั้งนี้ นับว่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนา
 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไทยพุทธที่อยู่วาระสุดท้ายของชีวิต โดยนำความหมายของการตายที่ดีได้
 จากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย
 ของชีวิต เพื่อให้เกิดการจากไปที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ได้ทราบถึงความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ
 โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เป็นการให้ความหมายตามความรู้สึกนึกคิดจากประสบการณ์ที่ได้
 พบเห็นเกี่ยวกับความตายที่ผ่านมา ทำให้เกิดความเข้าใจโดยผ่านกระบวนการรับรู้และตีความ
 หมายตามความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการ
 พยาบาลดังนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเป็นการให้ความหมายที่สะท้อนถึงความต้องการของผู้สูงอายุไทยพุทธในยามที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ในด้านเกี่ยวกับการตายอย่างสงบจิตไม่ฟุ้งซ่านสามารถตั้งจิตให้ยึดมั่นด้วยการมีสิ่งน้อมนำจิตใจเพื่อให้เกิดการจากไปอย่างสงบ ซึ่งนำมาพัฒนาการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในเรื่องดังกล่าว โดยการให้การดูแลที่ทำให้เกิดความสุขสบายด้านร่างกายโดยปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการจากไป สถานที่ควรมีความสงบปราศจากสิ่งรบกวนจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสิ่งที่จะน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (โดยไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น) เช่น นำพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกนึกถึง การจัดรูปเพื่อให้ได้กลิ่นธูปนำทางไปสู่ความสงบ การเปิดเทปธรรมะหรือพระสวดมนต์ การพูดบอกกล่าวเพื่อให้คลายความห่วงความวิตกกังวลเกิดการปล่อยวาง การทำบุญถวายสังฆทาน ให้ประมวลความดีงามหรือสิ่งดีงามที่ตลอดชีวิตของบุคคลคนนั้นได้ดำเนินมาให้น้อมรำลึกถึงในส่วนที่ดี สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับรู้สามารถน้อมนำจิตใจให้เกิดความสงบเป็นบุญเป็นกุศลภายใต้อิทธิพลของความดีงามที่ตนเองมีอยู่ช่วยให้รู้สึกดีให้ไปสู่สิ่งที่ดีงาม

2. จากผลการศึกษาผู้สูงอายุต้องการตายตามธรรมชาติ ไม่ต้องการทรมานด้วยการรังชีวิตจากเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งความต้องการในเรื่องดังกล่าวเกี่ยวข้องกับเรื่องของสิทธิผู้ป่วย ประเด็นจริยธรรม และข้อกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับประเทศไทยได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยในมาตรา 24 ได้บัญญัติไว้ว่า **“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงค์ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ที่เป็นไปเพียงการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”** โดยหลักการของกฎหมายนี้เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการละเมิดในทุกๆด้าน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงค์ล่วงหน้าได้ (Living will) แต่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ยังไม่มีผลบังคับใช้ กรณีผู้ป่วยไม่ได้ปฏิเสธการรักษาแต่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว หรือกรณีที่ญาติผู้ป่วยเรียกร้องให้ยุติการรักษาผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกรู้ตัว ในต่างประเทศจำเป็นต้องนำเรื่องไปให้ศาลตัดสินก่อน แพทย์จึงจะตัดสินใจได้ว่าจะหยุดหรือไม่หยุดทำการรักษา แต่ในประเทศไทยจะรอฟังการตัดสินของศาลไม่ได้ เพราะยังไม่มีกลไกในการนำคดีสู่ศาล ดังนั้นผู้ให้การดูแลพึงปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรม โดยพิจารณาอย่างรอบคอบ ครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ทางสังคม ศีลธรรม เศรษฐกิจ เป็นกรณีไปตามกาลเทศะและบุคคลนั้น บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือการทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ที่ให้การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย

และครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและต่อเนื่องเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย การพยากรณ์โรค เป็นต้น

สิ่งสำคัญที่พึงตระหนักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ประเด็นเกี่ยวกับผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงที่มอบให้ผู้หนึ่งผู้ใดมีอำนาจตัดสินใจแทน (Surrogate selected by patient) ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่ใช่ทายาทก็ได้ ด้วยการแสดงเจตนาชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัวหรือญาติจะเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งทายาทในครอบครัวจะมีลำดับความใกล้ชิดผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยไว้แล้ว ประเด็นสำคัญก็คือ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะต้องแสดงเจตนาใช้สิทธิของผู้ป่วยตามเจตจำนงของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยมีความสามารถตัดสินใจได้ โดยต้องเขียนหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแสดงการไม่ยินยอมให้รักษาเป็นหลักฐานไว้ สิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญโดยเฉพาะสิทธิปฏิเสธการรักษาและสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง เนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความลำบากใจในทางปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติ แม้ว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนหากทีมสุขภาพได้ปฏิบัติตามหลักวิชาชีพและจริยธรรมโดยพิจารณาอย่างรอบคอบแล้วย่อมไม่มีผู้ใดตกเป็นจำเลยแห่งคดี และเมื่อ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ การปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

3. ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุต้องการตายตามธรรมชาติ โดยไม่ต้องการทรมานด้วยการรังชีวิตจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งกรณีดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ วิธีการหนึ่งซึ่งจะป้องกันไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการรังชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์คือ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อเข้าสู่การสูญอย่างมีคุณภาพด้วยการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวใดๆ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลรักษาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้

4. บทบาทของพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุตายอย่างหมดห่วง เพื่อให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้ด้วยการพูดคุยให้ยอมรับความจริงในที่สุด การทำให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่กำลังจะเกิดขึ้นมักเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน นอกเหนือจากความรักและความไว้วางใจแล้ว จำต้องมีความอดทนและพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตายที่จะมาถึงอาจเป็นเพราะมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังค้างคา หรือเพราะความกังวลกับบางเรื่องรวมทั้งความกลัวต่าง ๆ นานา สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการเปิดเผยหรือระบายออกมาเพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา พยาบาลควรเป็นผู้ประเมินพูดคุยและรับฟังด้วยใจเปิดกว้างให้มากที่สุด

ช่วยให้เขาคลายความกังวลในเรื่องดังกล่าว อาจช่วยให้เขาทำใจยอมรับความตายได้มากขึ้น หากผู้ป่วยสามารถข้ามพ้นความห่วงกังวลไปได้ เขาจะยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ง่ายขึ้น และควรช่วยเหลือหรือแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้เขาปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง อาจได้แก่ ภารกิจการทำงานที่ยังค้างค่าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะพบคนบางคนเป็นครั้งสุดท้ายโดยเฉพาะคนที่ตนรัก หรือคนที่ตนปรารถนาจะขอโทษกรรม ความห่วงกังวลหรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน เพราะจะทำให้ผู้ป่วยทรมานพยายามปฏิเสธผลลัทธิความตายและตายอย่างไม่ บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรงๆ พยายามควมมีความละเอียดอ่อนและสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกวิพากษ์ ในกรณีที่เป็นภารกิจที่ยังค้างค่างควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น

5. ผลการศึกษาที่ได้เป็นความหมายการตายดีในมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เป็นความต้องการเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพและผู้บริหารทางการแพทย์ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตให้เกิดความพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย เพื่อตอบสนองการบริการหรือการดูแลที่สอดคล้องตรงความต้องการของผู้สูงอายุให้เกิดการจากไปอย่างสงบ

6. ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่คำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้บริบทสังคมไทย

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยในอนาคตเกี่ยวกับ

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยคำนึงถึงและตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ
2. การศึกษาปัจจัยส่งเสริมที่เกี่ยวข้องต่อการจากไปอย่างสงบของผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในบริบทต่างๆ เช่น ในสถานบริการทางสุขภาพ ในชุมชน ในสถานสงเคราะห์ คนชรา เป็นต้น
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบความหมายการตายดีของผู้สูงอายุในบริบทอื่น เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติธรรม ผู้สูงอายุไทยมุสลิม เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรรณจรียา สุขรุ่ง. (2546). เสวนาหนทางสู่ความตายอย่างสงบ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

www.budnet.info [10 มกราคม 2550]

กลุ่มศึกษาธรรม สรวุรี. (2548). “ตายดี,”. ในพรรณวดี วศินวรรณะ และอรศรี งามวิทยาพงศ์ (บรรณาธิการ). **มรณสติ : พุทธวิธีต้อนรับความตาย**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). **การตอบสนองต่อความตายและการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย**. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. เอกประกอบการสอน.

กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย. (2549). **ภาวะการตายภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแปลนพรีนติ้งจำกัด.

กฤษณา เฉลียวศักดิ์. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. ยะลา: วิทยาลัยบรมราชชนนียะลา.

กรแก้ว กำพลศิริ. (2542). **การตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขวัญตา บาลทิพย์. (2542). **ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ. (2543). ความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 20(1): 33-44.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542. (2547).

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: นนทบุรี.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2548). **ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยการบริการกองทุน การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจัดกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ใน **รวมกฎหมาย / ประกาศ / ระเบียบ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546**, หน้า41. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.

- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2548). ทฤษฎีการสูงอายุ. ใน **เอกสารประกอบการสอนวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 1**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จงกล กุดั่น. (2542). **การคุ้มครองสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- จำเริญ ภูมະสุวรรณ. (2536). ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ใน **จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรีย์ ตันศิริ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ**, หน้า 1-34. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ชันนาฏ ณ นคร และคณะ. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 20(3): 331-339.**
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัดมหาชน.
- ชมพูนุท พงษ์ศิริ. (2538). บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน. **วิทยาสารพยาบาลสภากาชาดไทย 20(1): 210-218.**
- ชมรมชีวันตารักษ์. (2548). **ธรรมะ 4 ศาสนาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ที. เอ็น. ที พริ้นติ้ง จำกัด.
- ณัฏยา วาสิงหน. (2541). **ความหมายของความตาย : การตีความตามพุทธปรัชญา**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาปรัชญา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัสมน นามวงษ์. (2540). **ผลการสอนพยาบาลโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการตัดสินใจในการพยาบาลที่เน้นจริยธรรม และการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ชูโต. (2545). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีเอ็นการพิมพ์.
- นิตยา ปัญจมีดี. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยสิ้นหวัง. **วารสารพยาบาล 48: 195-200.**
- นิตยา ปัญจมีดี. (2542). บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย. **วารสารพยาบาล 48: 148-152.**
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2541). จิตสังคัมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย. **วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 23(1): 61-68.**

- นิภา ปวีณเกียรติคุณ. (2529). **ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุจรินทร์ ลภันทกุล. (2543). **ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นุช ทิพย์แสนคำ และคณะ. (2548). **โครงการ : ความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน**. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.
- บรรจง ปินกาชัน. (2539). **อิสลาม : สำหรับผู้ที่เริ่มสนใจอิสลาม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). **การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.**
- บุญใจ ศรีสถิตยนากร. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดียจำกัด.
- บุญมี เมธางกูร. (2538). **ชีวิตหลังความตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สยามประเทศ.
- บุบผา ชอบใช้. (2536). **ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2529). **ปฏิกิริยาการตอบสนองทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง : บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือ**. *วารสารพยาบาล* 35(3): 326-335.
- ประสาน ต่างใจ. (บรรณาธิการ). (2539). **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์.
- เปรมใจ วังศิริไพศาล. (2545). **ความตายและทัศนะในการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระธรรมธีรราชมหามุนี. (2535). **โลกทิปนี**. กรุงเทพมหานคร: ดอกหญ้า.

- พระธรรมปิฎก. (2541). ปาฐกถาพิเศษเรื่องพินัยกรรมชีวิต : ผลต่อศาสนา ในสถาบันเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ, การสัมมนาเรื่อง “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will Declaration), หน้า10-22.
นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พระธรรมปิฎก. (2542). **ช่วยให้ตายเร็วหรือช่วยให้ตายดี**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร.
- พระธรรมปิฎก. (2546). ขันธ์ 5 หรือเบญจขันธ์: ที่มา : พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวล
ธรรม สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
http://www.easyinsurance4u.com/buddha4u/five_aggregates.htm [20 เมษายน
2550]
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมุมมองของศาสนาพุทธ.
วารสารเกื้อการุณย์ 11(2): 1-11.
- พระไพศาล วิสาโล. (2547). “เตรียมตัวตายอย่างมีสติ.” ใน วันชัย ตันติวิทยาพิทักษ์ และภิญโญ
ไตรสุริยธรรมา (เขียนและบรรณาธิการ). **HEALTHY**. กรุงเทพมหานคร: openbooks
- พระไพศาล วิสาโล และคณะ. (2548). เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ. **เผชิญความ
ตายอย่างสงบ**. ณ วีเทรอนินเตอร์เนชันแนลแฮร์ส ดอนเมือง กรุงเทพมหานคร.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: www.budnet.info [10 มกราคม 2550]
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). ความตายและการตายในพุทธศาสนา. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
www.budnet.info [10 มกราคม 2550]
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). ความตายในมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: www.budnet.info [10 มกราคม 2550]
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). สัมภาษณ์พระไพศาล วิสาโล ประเด็น “ความตาย” ที่มูลนิธิพลตรี
จำลองศรีเมือง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.budnet.info [10 มกราคม 2550]
- พระมหาสิงห์หน คำขาว. (2542). ความตายตามทัศนะพุทธศาสนา. ในหนังสือ**ความตายที่
ท่านยังไม่รู้**. หน้า17-40. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พระราชสุทธินาถมงคล. (2548). ธรรมะกับผู้สูงอายุ [ออนไลน์] แหล่งที่มา:
<http://jarun.org/V3/K00065.htm> [18 มกราคม 2550].
- พัชรียา ไชยลังกา. (2534). **ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มี
สุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พินิจ รัตนกุล. (2547). จริยธรรมและการดูแลผู้ป่วยในมรณะวิถี. **วารสารเกื้อการุณย์** 11(2):
12-15.

- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และสุลี ทองวิเชียร. (2533). ทักษะที่มีต่อความตายและการเลือก
สถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารประชากรศาสตร์** 6(1): 65-75.
- พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530. (2531). กรุงเทพมหานคร: วัฒนาพานิช จำกัด.
- พวงเพ็ญ ชูณหะวัณ. (2549). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยวิกฤติ ใน
โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์(บรรณาธิการ), **ความตายกับการตายมูมมองจากศาสนากับ
วิทยาศาสตร์**, หน้า 69-84. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหามกุฏราชวิทยาลัย. (2510). **วิสุทธิมรรค แปล ภาค 2 ตอน 1**. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- โยธิน แสงวดี. (2530). การสนทนากลุ่ม. **วารสารวิจัย** 2: 12-37.
- วันเจิง ลีลานุกรม. (2549). การตายทางการแพทย์. ในโสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์(บรรณาธิการ),
ความตายกับการตายมูมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์, หน้า 61-68.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รสพร ประทุมวัน. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถของ
พยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลดารัตน์ สาภินันท์. (2545). **ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความ
ตายของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลักษมี ชาญเวชช์. (บรรณาธิการ). (2547). **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.** กรุงเทพมหานคร:
ไอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- ละมัด เลิศล้ำ. (2542). **ความหวังของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วสิน อินทสระ. (2531). **หลักกรรมและการเวียนว่ายตายเกิด.** พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- วัชรดารา อมิตาภาพร. (2549). ความตาย กระบวนการตาย และการเกิดใหม่ ในโสรัจจ์
หงศ์ลดารมภ์(บรรณาธิการ), **ความตายกับการตายมูมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**,
หน้า 289-340. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี โภคะกุล และคณะ. (2541). **รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาคูณลักษณะ
ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พ.ศ.2539.** นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- วันดี โภคะกุล และสิรินทร ชันทศิริกาญจน. (2548). **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์)**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วนิดา ศรีวรกุล. (2537). **การพัฒนารูปแบบงานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลเซนต์หลุย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2547). **การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายในชุมชนชนบทอีสาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิชัย วงศ์ชนะภัย. (2546). กฎหมายเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต(1). ใน สมบัติ ตริประเสริฐสุข (บรรณาธิการ), **ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่าวาระสุดท้ายของชีวิต**, หน้า 33-48. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2548). การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์. ใน อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา, สุนีย์ สุขสว่าง, และสุภาภรณ์ สว่างศรี (บรรณาธิการ), **ตายอย่างมีศักดิ์ศรี**, หน้า 45-54. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- วิภา ดวงค์พิศิษฐ์กุล. (2545). ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้ายของชีวิต. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 8(1): 56-61.
- วิสุทธิกวี, (พระเทพ). (พิจิตร ฐิตวิณโณ). (2542). มรณานุสติภาวนา. ในหนังสือ**ความตายที่ท่านยังไม่รู้**, หน้า66-67. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- วรยุทธ ศรีวรกุล. (2549). **ชีวิต ความตายและการตาย : มุมมองของชาวคริสต์ ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์(บรรณาธิการ), ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**, หน้า 179-194. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การตายและความตายในผู้ป่วยสูงอายุ. ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ (บรรณาธิการ), **ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**, หน้า 85-111. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ. (2545). สถานการณ์ระบบสุขภาพทางเลือกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนของไทย. **วารสารการพยาบาล** 6(มกราคม-มีนาคม): 65-85.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัยเล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์. (2541). การอภิปรายเรื่องพินัยกรรมชีวิต. **การสัมมนาเรื่องพินัยกรรมชีวิต**. ณ ห้องประชุมสลากกินแบ่งรัฐบาลชั้น 9 ตึกกัลยาณิวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2550). สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>. [15 มีนาคม 2550].
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2543). **คู่มือการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). **คู่มือการทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาพร ลีลำนันทกิจ. (2548). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2521). **การดูแลผู้ป่วยหมดหวัง**. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์การพิมพ์.
- สิริจิตต์ ปันเงิน. (2542). **ความตายในทัศนะของกามูส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาปรัชญา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริมาศ ปิยะวัฒน์พงศ์. (2548). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ : คุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 28(2): 46-55.
- สิวลี ศรีไธ. (2531). รายงานการวิจัยเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังของ **อาจารย์แพทย์ทางคลินิก**. ภาควิชามานุษยศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทร ณ รัชสี. (2530). **พุทธศาสนาเถรวาท**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณวิทยาลัย.
- สุพัตรา สุภาพ. (2545). **สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวรรณา สถาอานันท์. (2539). **ชีวิตและความตายตามคติคริสต์ศาสนา**. ใน ประสาน ต่างใจ (บรรณาธิการ). **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.
- สุภางค์ จันทร์พานิช. (2543). **การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภางค์ จันทวานิช.. (2543). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพร ดาวดี. (2537). **ศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาณี ทิวฒนานนท์. (2540). **สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ : ปัญหาจริยธรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจริยศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภาวดี วรพันธุ์. (2546). **ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุลักษณ์ ศิวรักษ์. (2547). บทความหลัก : ความตายและการปฏิบัติต่อผู้ที่กำลังจะสิ้นใจ. **เสขิยธรรม 59**(มกราคม-มีนาคม).

แสง บุญเฉลิมวิภาส. (2547). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตกฎหมาย. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, หน้า 137-146. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2539). ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 2(1): 2-4.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. **รามาธิบดีพยาบาลสาร** 4(2): 117-119.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิสิฐสิน.

สมบัติ ตีระประเสริฐสุข. (2546). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

สมพร รัตนพันธ์ และคณะ. (2542). ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 19(2): 11-22.

โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). (2549). **ความตายกับการตายมูมมองจากศานากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรัญญา ชาวลิต. (2547). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ลักษมี ชาญเวชช์ (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**, หน้า 147-165. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์.

อังคณา ตัณฑ์เอกคุณ. (2545). คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พัก

อาศัยสารสนเทศทางสังคมวิเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุทยา นาคเจริญ. (2544). การเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.

วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรรณัฐ ธรรมสอน, สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, และชนิษฐา นาคะ. (2546). ความต้องการพึ่งพาของ
ผู้สูงอายุตอนปลาย และปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้อง. วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์ 23(3): 1-13.

อรรถพรณ ศิริสุขวัฒนา, สุนีย์ สุขสว่าง, และสุภาภาณัจน์ สว่างศรี. (บรรณาธิการ). (2548). **ตายอย่างมีศักดิ์ศรี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2548). ความเป็นมาและความเห็นต่อประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี”. ใน อรรถพรณ ศรีสุขวัฒนา, สุนีย์ สุขสว่าง, และสุภกาญจน์ สว่างศรี (บรรณาธิการ), *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี*, หน้า 9-25. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ภาษาอังกฤษ

Angelucci, D., and Lawrence, M. (1995). Death and dying. In M. Stanley & P.G. Beare(Eds.). **Gerontological nursing**. Philadelphia: F.A. Davis.

Atchley, R.C. (1997). *Social forces and Aging : An introduction to social gerontology*. Belmont: Wadsworth Publishing.

Bacer, B.A., Hannon, N.R., and Russel, N.A. (1994). *Death and dying : Understanding and care*. 2nd ed. New York: Delmar.

Beckstrand, R. L., et al. (2006). Providing A “Good Death” : Critical Care Nurse ‘ Suggestions For Improving End-Of-Life Care. **American Journal of Critical Care** 15(1): 38-45.

Carr, A. (2003). A "Good Death" For Whom? Quality of Spouse' Death and Psychological Distress among Older Widowed Persons. **Journal of Health and Social Behavior** 44(2): 215-232.

Caswick, J.A. (1998). *Death and dying : An Older adult perspective* [CD-ROM].
Abstract from : Proquest File : Dissertation Abstract Item : 1391996.

- Cavanaugh, J.C. (1997). **Adult development and aging**. 3rd ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Corr, C.A., Nabe, C.M., and Core, D.M. (1997). **Death and dying, life and living**. 2nd ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing.
- Daaleman, T.P., and Creek, L.V. (2000). Placing religion and spirituality in end-of-life care. **Journal of the American Medical Association** 284(19): 2514-2517.
- Denzin, N.K., and Lincoln, Y.S. (1994). **Handbook of qualitative research**. California: SAGE.
- Dorland, W.A. (1981). **Dorland's illustrated medical dictionary**. 26th ed. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Dossey, B.M., and Dossey, L. (1998). Body-Mind-Spirit : Attending to holistic care. **American Journal of Nursing** 98(8): 35-38.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1998). **Toward healthy aging**. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Ebersole, P., and Hess, P. (2001). **Geriatric Nursing Healthy Aging**. St. Louis: Mosby-Year Book
- Ebersole, P., Hess, P., and Luggen, A.S. (2004). **Toward healthy aging : Human needs and nursing response**. 6th ed. St. Louise: Mosby.
- Eliopoulos, C. (2001). **Gerontological nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Eliopoulos, C. (2005). **Gerontological nursing**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Fern, E.F. (2001). **Advanced Focus Group Research**. California: SAGE.
- Fordyce, M. (1999). **Geriatric Pearls**. California: Book Promotion & Service.
- Geest, S.V.D. (2004). Dying peacefully : considering good death and bad death in Kwahu-Tafo, Ghana. **Social Science and Medicine** 58: 899-911.
- Grant, E., et al. (2003). A Good Death in Rural Kenya? Listening to Meru Patients and Their Families Talk about Care Needs at the End Of Life. **Journal of Palliative Care** 19(3): 159-167.
- Guba, E. G., and Lincoln, Y. S. (1989). **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA : SAGE.
- Hattori, K., et al. (2006). Concept Analysis of Good Death in the Japanese Community. **Journal of Nursing Scholarship** 38(2): 165-170.

- Hirai, K., et al. (2006). Good Death in Japanese Cancer Care : A Qualitative study. **Journal of Pain and Symptom Management** 31(2): 140-147.
- Holloway, J., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative Research for Nursing**. USA: Blackwell Science. Ltd.
- Kahan, J. P. (2001). Focus group as a tool for policy analysis. **Analyses of Social Issues and Public Policy**. From www.kahan@rand.org
- Kinghorn, S., and Gamlin, R. (2001). **Palliative Nursing Bringing Comfort and Hope**. London: Bailliere Tindall.
- Kingry, M. J., et al. (1990). Focus group : A research technique for nursing. **Nursing Research** 39: 134-135.
- Komaromy, C., and Hockey, J. (2001). Naturalizing death among older adults in residential care. In J. Hockey, J. Katz, and N. Small. (Eds). **Grief, mourning and death ritual**, pp.73-81. Buckingham: Open University Press.
- Krueger, R. A. (1998). **Analyzing & Reporting focus group results : Focus group kit3**. California: SAGE.
- Krueger, R. A., and Casey, M. A. (2000). **Focus group : A practice guide for applied research**. 3rd ed. California: SAGE.
- Krueger, R. A., and King, J. A. (1998). **Involving community members in focus group : Focus group kit 5**. California: SAGE.
- Kubler-Ross, E. (1969). **Death and dying**. New York: Macmillan.
- Lueckenotte, A.G. (1996). **Gerontological nursing**. St. Louis: Mosby.
- Lueckenotte, A.G. (2000). **Gerontological nursing**. 2nd . St. Louis: Mosby.
- Matzo, M.L., and Sherman, D.W. (2004). **Gerontologic Palliative Care Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Miller, C.A. (1995). **Nursing care of old adult : Theory and practice**. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Ming-Lin, A.C. and Lang, G.S. (1998). Attitude of Chinese elderly people toward death : practical implications for social worker. **Asia Pacific Journal of Social Worker** 8(1): 50-63.
- Morgan, D.L. (1996). Focus Groups. **Annual Review Sociology**. 1996 (22): 129-152.

- Morgan, D.L. (1998). **The focus group guidebook: Focus group kit 1**. California: SAGE.
- Morgan, D.L., and Kruger, R. A. (1993). When to use focus groups and why. In Morgan, D. L.. **Successful Focus Group : Advancing the state of the Art**. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pattison, E.M. (1978). The Living-Dying Process. In C.A. Garfield (Ed). **Psychosocial care of the dying patient**. New York: McGraw-Hill.
- Pool, R. (2004). "You're not going to dehydrate mom, are you?" : Euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. **Social Science & Medicine**. 58: 955-966.
- Reed, J., and Payton, V.R. (1997). Focus group : Issue of analysis and interpretation. **Journal of Advance Nursing** 26: 765-771.
- Rietjen, J.AC., et al. (2006). Preference of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. **Palliative Medicine** 20: 685-692.
- Risen, J.A. (1999). Death and dying. Ins. Hillier & G.M. Barrow (Eds.), **Aging, the individual, and society** pp.332-346. 7th ed. Belmont: Wadsworth.
- Roach, S. (2000). **Introductory gerontological nursing**. Philadelphia: Lippincott.
- Santrock, J.W. (2000). **Psychology**. 6th ed. Boston: McGraw-Hall.
- Steinhauser, R.E., et al. (2000). In search of a good death : Observation of patients, families, and providers. **Annals of Internal Medicine** 132(10): 825-832.
- Stewart, D. W., and Shamdasani, P. N. (1990). **Focus group theory and practice**. California: SAGE.
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (2003). **Qualitative Research In Nursing**. 3rd ed. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- The Dalai Lama, H.H. (2004). **The Tibetan Book of the Dead**. New Delhi: Haper Collins Publishers.
- Thornson, J.A. (1995). **Aging in a changing society**. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Tierney, L.M., et al. (2005). **Current Medical Diagnosis & Treatment**. 4th ed. New york: The McGraw-Hill Companies, Inc.

TRAIN THE BRAIN FORUM (THAILAND). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย THAI MENTAL STATE EXAM (TMSE) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย THAI GERIATRIC DEPRESSOIN SCALE (TGDS). บริษัทฟาร์มีตาเลีย คาร์โล เฮอร์บา (สาขาประเทศไทย) จำกัด: กรุงเทพมหานคร.

Tsai, J.S., et al. (2005). Fear of Death and Good Death Among the Young and Elderly with Terminal Cancer in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management* 29(4): 344-351.

Vig, E.K., et al. (2002). Good Death, Bad Death, and Preferences for the End of Life : A Qualitative study of Geriatric Outpatients. *Journal of the American Geriatrics Society* 50(9):1541-1548.

Ward, V.M. et al. (1992). The comparability of focus group an survey results. *Evaluation Review*. 15: 266-283.

William, B.K. (1997). Chinese-canadian attitudes toward end of life decisions [CD-ROM]. Abstract from ProQuest File : Dissertation Abstract Item : 27879.

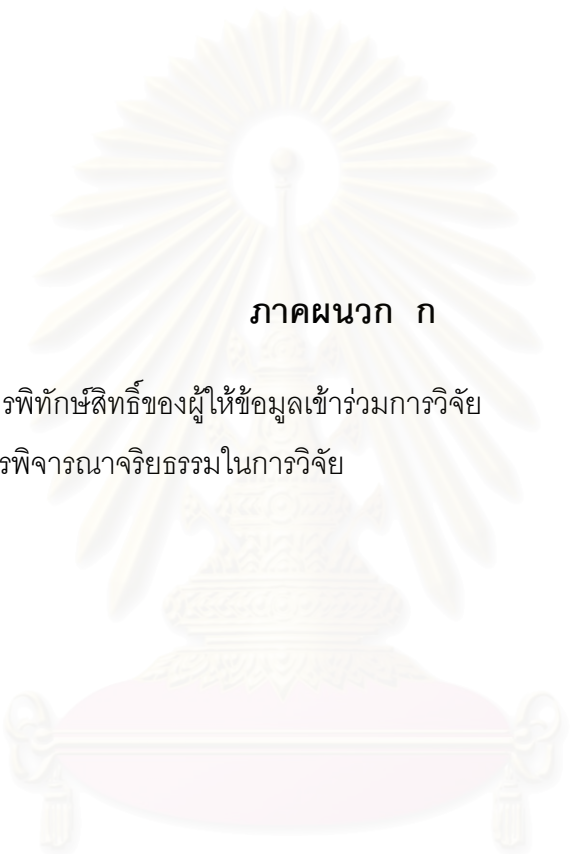
Wilson, D.M. (2000). End-of-life care preferences of Canadian senior citizens with Caregiving experience. *Journal of Advance Nursing* 31(6): 1416-1421.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

1. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย
2. เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ จินต์จุฑา รอดพาล เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขณะนี้กำลังทำวิจัย เรื่อง “ การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ ” เป็นการศึกษาถึงความหมายของการตายดีจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ท่านผู้สูงอายุในที่นี้เป็นบุคคลที่สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ถ้าท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านเข้าร่วมการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความหมายของการตายดี ในระหว่างการสนทนาดิฉันต้องขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกการสนทนา เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของเนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำมาวิเคราะห์และเสนอผลโดยไม่ทำความเสียหายใดทั้งท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแต่อย่างใด เทปการสนทนากลุ่มจะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเมื่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สิ้นสุดลง

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้ว่าท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางจินต์จุฑา รอดพาล

ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางจินต์จุฑา รอดพาล ที่อยู่ 13 หมู่ 2 ต. แม่ลา อ. นครหลวง จ. พระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ การศึกษา แนวทางการศึกษาวิจัยซึ่งประกอบด้วยการประชุมกลุ่มสนทนา การแสดงความคิดเห็น ตามหัวข้อสนทนา และมีการบันทึกเทประหว่างการสนทนากลุ่ม ในเรื่อง การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับไม่ระบุชื่อและนามสกุล และการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางจินต์จุฑา รอดพาล)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ
2. ชื่อผู้วิจัย นางจินต์จุฑา รอดพาล นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ต. ประตูลี อ. พระนครศรีอยุธยา จ. พระนครศรีอยุธยา 13000 โทรศัพท์ที่ทำงาน 035-322555 ต่อ 7400 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 087-0923628 E-mail : wong_r11@hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่งานผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาการตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ
2. วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลคุณภาพเชิงลึกเกี่ยวกับความหมายของการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ
3. กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ก่อนเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจะมีการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และประเมินความเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และผู้วิจัยจะแจ้งผลการทดสอบให้ผู้สูงอายุรับทราบ หากพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อข้อมูลของผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลหรือสถานอนามัยประจำพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพื่อรับการดูแลรักษาพยาบาลต่อไป โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ
4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบการสนทนากลุ่ม โดยผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของการตายดีซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต ผู้เข้าร่วมกลุ่มการสนทนาเป็นผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการสนทนาแสดงความคิดเห็น ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้จะไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกทางลบหรือทำให้ผู้สูงอายุเกิดความซึมเศร้าใดๆ ทั้งนี้การสนทนากลุ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุในฐานะผู้มีประสบการณ์ชีวิตได้แสดงความรู้สึกความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
5. จัดผู้สูงอายุเข้าร่วมกลุ่มสนทนากลุ่มละ 8-10 คน จำนวนครั้งของการสนทนากลุ่มจะขึ้นอยู่กับการอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) คือ ได้ข้อมูลซ้ำๆ และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ซึ่งคาดว่าจำนวนครั้งของการสนทนากลุ่มน่าจะอยู่ที่ 4-6 กลุ่ม ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 1 ½ -2 ชั่วโมง และหากข้อมูลที่ได้รับยังไม่มีความอิ่มตัวผู้วิจัยจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนกลุ่มสนทนา ในการเดินทางเข้าร่วมการสนทนากลุ่มของผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดความไม่สะดวกแก่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้จะทำการสนทนากลุ่มในวันที่

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกชมรมมาร่วมกิจกรรมของชมรมตามปกติ ซึ่งหากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องเสียค่าเดินทาง ผู้วิจัยจะพิจารณาในเรื่องการอำนวยความสะดวกในการเดินทาง

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความหมายของการตายดี และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการสนทนากลุ่มไปปรับใช้ในเรื่องการเพิ่มมุมมองเกี่ยวกับความตาย

7. การเข้าร่วมการสนทนากลุ่มนี้ไม่มีวิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

8. การเข้าร่วมการสนทนากลุ่มนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

9. การเข้าร่วมการสนทนากลุ่มนี้ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม สามารถสนทนาและแสดงความคิดเห็นด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีสิทธิที่จะยุติการเข้าร่วมการสนทนา ซึ่งไม่มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีอิสระและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นในการสนทนากลุ่มตามความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มจะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย มีการเซ็นด์ไบยินยอมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนา

10. ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม จะไม่มีชื่อของผู้สูงอายุและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

11. จำนวนของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการสนทนากลุ่มในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 40-60 คน



เลขที่ใบรับรอง 004/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัย : การตายดี : มุมมองจากผู้สูงอายุไทย
GOOD DEATH : PERSPECTIVES FROM THAI ELDERLY
ผู้วิจัยหลัก : นางจินต์จุฑา รอดพาล
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

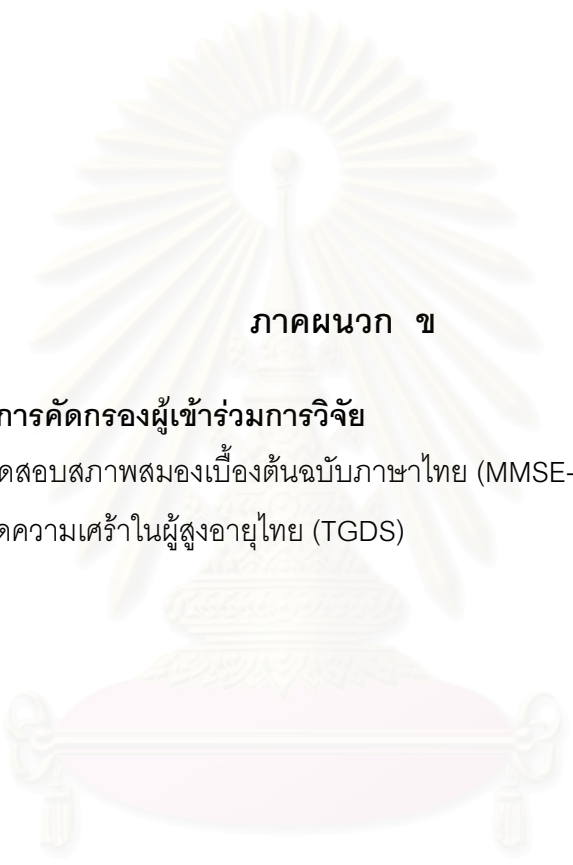
☒ อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทศนประดิษฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล)

รับรองวันที่ 9 มกราคม 2550

วันหมดอายุ 9 สิงหาคม 2550



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10 บันทึกคำตอบไว้
ทุกครั้ง(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร _____ ☐
- 1.2 วันนี้วันอะไร _____ ☐
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร _____ ☐
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร _____ ☐
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร _____ ☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีที่อยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าจะไร _____ ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ที่ชั้นอะไรของตัวอาคาร _____ ☐
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร-เขตอะไร _____ ☐
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____ ☐
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร _____ ☐

2.2 กรณีที่อยู่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร _____ ☐
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร _____ ☐
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร _____ ☐
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร _____ ☐
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร _____ ☐

3. Registration (3คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา, ยาย....) ตั้งใจ
ฟังให้ดีๆ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผล(ดิฉัน) พุดจบให้คุณ(ตา, ยาย
....) พุดทบทวน ตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ได้เดี๋ยวดิฉันจะถาม

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ(ตา, ยาย...)พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีเดียว”

“ใครใครขายไก่ไข่” _____ ☐

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติ่ง) ____ ☐

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนคำว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้ _____ ☐

หลับตา

10. Written (1 คะแนน)

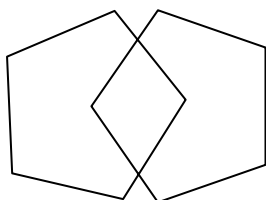
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

_____ ☐

○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuaconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ☐



คะแนนรวม _____

ผู้ถูกประเมิน (นาย, นาง, นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จุดตัด (cut-off piont) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	• 14	23 (ไม่ทำข้อ 4, 9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	• 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	• 22	30

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

ชื่อ-สกุล _____ เพศ _____ อายุ _____ WARD _____ HN _____
วันที่ _____ ที่อยู่ _____ AN _____

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

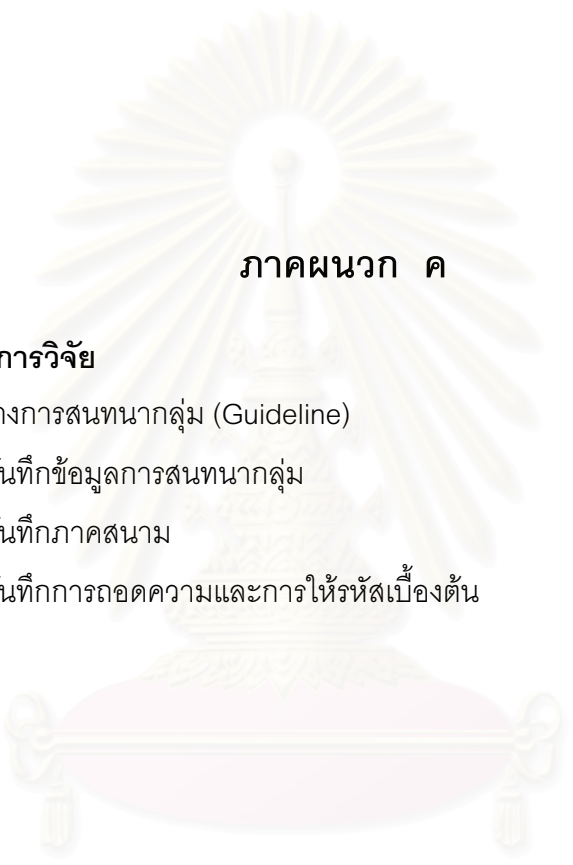
	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้	_____	_____	_____
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ	_____	_____	_____
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร	_____	_____	_____
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า	_____	_____	_____
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้	_____	_____	_____
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี	_____	_____	_____
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ	_____	_____	_____
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข	_____	_____	_____
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง	_____	_____	_____
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ	_____	_____	_____
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน	_____	_____	_____
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า	_____	_____	_____
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น	_____	_____	_____
15. การมีชีวิตถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่	_____	_____	_____
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ	_____	_____	_____
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า	_____	_____	_____
18. คุณรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา	_____	_____	_____
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก	_____	_____	_____
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ	_____	_____	_____

	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น	_____	_____	_____
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง	_____	_____	_____
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ	_____	_____	_____
24. คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ	_____	_____	_____
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ	_____	_____	_____
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน	_____	_____	_____
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า	_____	_____	_____
28. คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น	_____	_____	_____
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว	_____	_____	_____
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน	_____	_____	_____
		รวม	_____
		ผู้ตรวจ	_____

หมายเหตุ

- การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน
- การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) คะแนน 13-18 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) คะแนน 19-24 คะแนน
 - ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) คะแนน 25-30 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline)
2. แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม
3. แบบบันทึกภาคสนาม
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวทางการสนทนากลุ่ม (Guideline)

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความตายในบริบทสังคมไทยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนในความรู้สึกของคนทั่วไป แนวคำถามที่สร้างขึ้นในการวิจัยจะยึดหยุ่นไปตามพลวัตรของกระบวนการกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น และคำถามจะได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมในทุกๆ กลุ่มสนทนา จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยและจะเสนอผลที่ได้เป็นภาพรวม และปฏิบัติตามข้อกำหนดจริยธรรมในมนุษย์ครบถ้วนทุกประการ สำหรับประเด็นและตัวอย่างคำถามในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

ประเภทคำถาม	ข้อคำถาม
1.คำถามเปิดการสนทนา	● แนะนำตัวผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและขอความยินยอมในการเข้าร่วมสนทนากลุ่มอีกครั้ง ● ผู้สูงอายุแนะนำตัว ชื่ออะไร อายุเท่าไร เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมานานเท่าไร เดินทางมาอย่างไร
2. คำถามเกริ่น	● ขณะนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร ● ท่านดูแลสุขภาพตัวเองอย่างไร ● การพูดคุยในวันนี้เป็นการแสดงความคิด ความรู้สึกของแต่ละท่านในประเด็นความรู้ที่ยังไม่มีการศึกษาไว้ชัดเจน ทุกท่านสามารถตอบได้ตามอิสระตามความคิดความรู้สึกของตนเอง ไม่มีคำตอบใดผิดคำตอบใดถูก ข้อมูลของท่านจะเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและประโยชน์ต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ เรื่องที่พูดคุยในวันนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความตาย ท่านมีความสนใจที่จะพูดถึงหรือไม่
3. คำถามเข้าสู่ประเด็น	● ในชีวิตประจำวันทุกท่านเคยประสบพบเห็นหรือเกี่ยวข้องกับการตายของคนใกล้ชิดหรือบุคคลทั่วไปอยู่เป็นประจำ ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อความตาย

ประเภทคำถาม	ข้อคำถาม
	● เราในฐานะมนุษย์ทุกคน เชื่อว่าทุกท่านคงมีประสบการณ์หรือเคยเกี่ยวข้อง เคยประสบ พบเห็น หรือเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ร่วมเห็นรับรู้เกี่ยวกับความสูญเสีย คือ การตายของบุคคลต่างๆ ทั้งที่ใกล้ชิดในครอบครัว หรือในฐานะเพื่อนมนุษย์ร่วมโลกด้วยกัน อยากให้ท่านเล่าถึงบอกถึงความรู้สึกของท่านว่าที่มีต่อความตายว่าเป็นอย่างไร
4. คำถามหลัก	● ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการพัฒนามาถึงวัยสุดท้ายของชีวิต ท่านมีการครุ่นคิดถึงความตายบ้างหรือไม่ อย่างไร ● ทุกท่านเคยได้พบเห็นความตายของบุคคลต่างๆ ในชีวิต ในความคิดของท่านการตายที่ท่านปรารถนาเป็นอย่างไร และการตายที่ท่านไม่ปรารถนาเป็นอย่างไร ● ท่านคิดว่าอะไรบ้างที่สามารถส่งผลให้ท่านได้พบกับ การตายที่ท่านปรารถนา ● ท่านคิดว่าอะไรที่จะเป็นสิ่งที่แสดงว่าการตายแบบนี้ เป็นการตายที่ดี และการตายแบบนี้เป็นการตายที่ไม่ดี ● การตายที่ดีควรตายที่ไหน เพราะเหตุใด ● ในความคาดหวังของท่าน ถ้าต้องพบกับความตาย ท่านมีความต้องการอย่างไร ● ท่านมีวิธีปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะส่งผลให้ท่านพบกับความตายที่ดี ● การรับรู้พบเห็นเกี่ยวกับการสูญเสียและการเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ทั้งที่ใกล้ชิดหรือในฐานะเพื่อนมนุษย์ร่วมโลกที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของท่านมีความสำคัญอย่างไร และจะส่งผลต่อตัวท่านอย่างไร ● ท่านมีความคิดเห็นรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับการที่จะพูดถึง

ประเภทคำถาม	ข้อคำถาม
4.คำถามหลัก (ต่อ)	เรื่องความตายกับบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล ● จากการที่ท่านได้พบเห็นและร่วมรับรู้การเสียชีวิตของบุคคลต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ท่านคิดว่าความรู้สึกของคนที่อยู่ในวาระสุดท้ายตายเป็นอย่างไร ● ท่านคิดว่าการมีครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอยู่ด้วยในเวลาใกล้ตายมีความสำคัญอย่างไร ● ท่านอยากให้ครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างมีบทบาทอย่างไรเมื่อท่านเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ● การยึดมั่นในหลักความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความตายหรือไม่ อย่างไร ● ท่านคิดอย่างไรกับการได้รับยาเพื่อลดความปวดหรือความทุกข์ทรมานเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตาย
5. คำถามจบการสนทนา 5.1 คำถามที่ช่วยกันพิจารณาอีกครั้ง 5.2 คำถามสรุป 5.3 คำถามสุดท้าย	● จากการสนทนา ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่ได้สนทนาในรายละเอียดที่ได้มาอย่างไร ● ขอให้ท่านช่วยสรุปความหมายของการตายดีจากการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ ● ตามที่ท่านได้แสดงความคิดเห็นมา สามารถสรุปได้ว่าความหมายของการตายดี ได้แก่.....(ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม) ท่านมีความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างไร ● ตามที่ผู้ดำเนินการสนทนาได้สรุปรวมการสนทนา ท่านคิดว่าได้ข้อสรุปเพียงพอหรือไม่ จะเพิ่มเติมอย่างไร ● จากการสนทนาเกี่ยวกับความหมายของการตายที่ดี ได้แก่ (ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสรุป) มีหัวข้อใดที่ต้องการเพิ่มเติม หรือผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มไม่ได้ถาม หรือยังไม่ได้สนทนากันหรือไม่)

แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ครั้งที่.....

ชมรมผู้สูงอายุ..... จำนวน..... คน

ลำดับ	เพศ	อายุ	ระยะเวลาที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ปี)	อื่นๆ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม..... ชั่วโมง..... นาที

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การสนทนากลุ่ม ครั้งที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. 2549

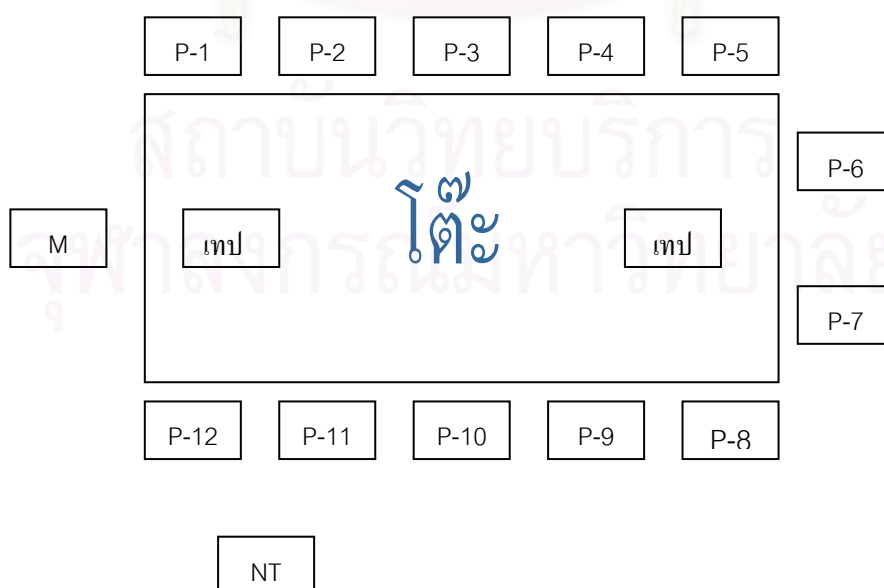
เริ่ม เวลา..... น. ถึง เวลา..... น. สถานที่.....

ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

M : ผู้ดำเนินการสนทนา กลุ่ม (Moderator) คือผู้วิจัย

NT : ผู้บันทึกการสนทนา (Note Taker)

- P-1 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-2 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-3 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-4 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-5 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-6 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-7 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-8 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-9 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-10 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-11 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี
- P-12 : ผู้สูงอายุ เพศ..... อายุ.....ปี เป็นสมาชิกชมรม..... ระยะเวลา..... ปี



การบันทึกภาคสนาม

[illegible]

การสนทนากลุ่มครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น.ถึง.....น.

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา และการแก้ไข

แบบบันทึกการถอดความ และการให้รหัสเบื้องต้น

วันที่...../...../..... เวลา..... น. ถึง..... น.

[illegible]

การสนทนากลุ่มครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....น.ถึง.....น.

ชมรมผู้สูงอายุ.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่ม.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบาย.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. อื่นๆ

.....

.....

.....

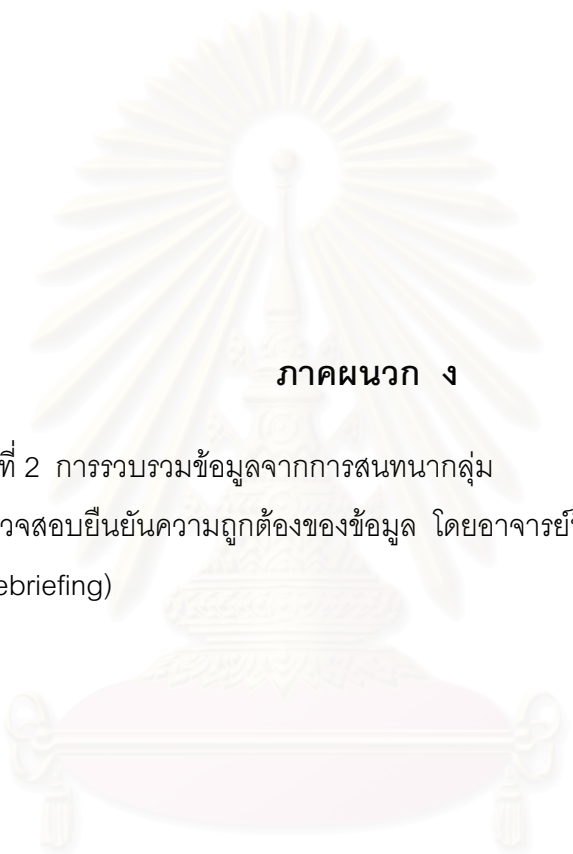
.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

1. ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม
2. การตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล โดยอาจารย์ที่ปรึกษา
(Peer debriefing)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจำนวน 5 ครั้ง จำนวน 5 ชุมชน รวมผู้สูงอายุเข้าร่วมการสนทนากลุ่มทั้งหมดจำนวน 40 คน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 2 ตารางการรวบรวมการสนทนากลุ่ม

กลุ่มที่	ชมรมผู้สูงอายุ	วันที่	เวลา	รวมเวลา(ชั่วโมง)
1	ชมรมผู้สูงอายุ บ้านแม่ลา	11 มกราคม 2550	9.30 -11.00	1 ชั่วโมง 30 นาที
2	ชมรมผู้สูงอายุ วัดสุวรรณดาราราม	17 มกราคม 2550	9.30 -11.30	2 ชั่วโมง
3	ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลปากกระวาน	24 มกราคม 2550	9.30 -11.30	2 ชั่วโมง
4	ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางบาล	1 กุมภาพันธ์ 2550	9.30 -11.30	2 ชั่วโมง
5	ชมรมผู้สูงอายุ รักสุขภาพ	8 กุมภาพันธ์ 2550	17.15 -19.15	2 ชั่วโมง

การตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้อง โดยอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(Peer debriefing)

- 15 มกราคม 2550 ส่งบทสนทนากลุ่มครั้งที่ 1
- 16 มกราคม 2550 รับบทสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 พบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรึกษา แก้ไข
แนวทางการสนทนากลุ่ม ปรับคำถามและเพิ่มเติมการเจาะประเด็นใน
กลุ่มต่อไป
- 22 มกราคม 2550 ส่งบทสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 พร้อมการวิเคราะห์อย่างง่าย
- 30 มกราคม 2550 ส่งบทสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 พร้อมการวิเคราะห์อย่างง่าย
- 7 กุมภาพันธ์ 2550 ส่งบทนำ (บทที่ 1) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (บทที่ 2) และ
วิธีดำเนินการวิจัย (บทที่ 3)
- 14 กุมภาพันธ์ 2550 พบอาจารย์ที่ปรึกษารับบทที่ 1 บทที่ 2 และบทที่ 3 ปรับตาม
คำแนะนำ
- 21 กุมภาพันธ์ 2550 ส่งการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนาทั้ง 5 กลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูล หา
ประเด็นความหมายการตายดีโดยการจัดประเภทข้อมูล (Category)
เพื่อเป็นแนวทางการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย
(บทที่ 4)
- 24 กุมภาพันธ์ 2550 ให้พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร่วมถอดรหัสข้อความและร่วมแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับรหัสข้อความที่ผู้วิจัยถอดรหัสออกมา
- 28 กุมภาพันธ์ 2550 พบอาจารย์ที่ปรึกษาบทที่ 4 เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ป
ระเด็นหลักและประเด็นย่อย
- 6 มีนาคม 2555 ส่งบทที่ 4
- 13 มีนาคม 2550 พบอาจารย์ที่ปรึกษารับบทที่ 4 คืบ ปรับแก้ตามคำแนะนำ
- 26 มีนาคม 2550 ส่งการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (บทที่ 5)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจันท์จุฑา รอดพาล เกิดเมื่อวันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2509 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี จังหวัดนครบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2532 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย