

การยอมรับความตาย

ลัญจณ์ศักดิ์ อรรชฌยากร*

Akkayagorn L. Death acceptance. Chula Med J 2018 Sep –Oct; 62(5): 761 - 72

As we generally know about death, that is something that we cannot avoid and most of the time unpredictably or difficult to face with at anytime in our lives. Many people including medical scientists have been spending time against it or prevent it while many of them have been trying to deal with it to promote quality of living until it happens. Death acceptance has been talked and researched in many ways to get more insight, i.e., how to understand the person living with terminal and life-limiting illnesses together with death anxiety manifestations. Even though there are process and meaning of death acceptance considering improving the quality of understanding and care approaches, still some meaning left out from Western Medicine's point of view that could be found fortunately in Oriental Medicine and especially in Buddhist principle that create a new practical process of understanding and promoting death acceptance from direct experience of the author as palliative care physician and Vipassana meditation practitioner. Four universal elements, 3 ultimate truth characteristics and 3 Kramas in Buddhist principle create the new practical process of understanding and promoting death acceptance.

Keywords : *Death acceptance, Buddhist principle, palliative care approach, death anxiety, spiritual assessment, Elizabeth Kubler-Ross reaction.*

Correspondence to : Akkayagorn L. Cheewabhibaln Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 21, 2018.

ลัญจณ์ศักดิ์ อรรถขยายกร. การยอมรับความตาย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2561 ก.ย. - ต.ค.; 62(5):761 - 72

โดยทั่วไปความตายถือเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของทุกชีวิต และเป็นสิ่งที่บุคคลทั่วไปหรือบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งในด้านการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือการพยายามสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นวินาทีสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระยะสุดท้ายหรือมีความเสี่ยงต่อชีวิตพร้อมไปกับการศึกษาเรื่องของความวิตกกังวล หรือผลลบที่เกี่ยวข้องกับความตายเป็นหลัก ถึงแม้ว่าได้มีการศึกษาในเรื่องของกระบวนการและความหมายของการยอมรับความตายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและญาติตามทฤษฎีของฮิลิสซาเบธ คูเบลล รอส และนักวิทยาศาสตร์รุ่นหลังมาแล้ว ในมุมมองของผู้เขียนซึ่งปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลแบบประคับประคอง และฝึกวิปัสสนากรรมฐานมานานพอสมควร พบว่ายังมีคำสอนทางพุทธศาสนาที่สำคัญ ได้แก่ หลักของธาตุทั้ง 4 หลักไตรลักษณ์ และกรรม 3 ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ดี และสามารถเติมเต็มความเข้าใจได้

คำสำคัญ : การยอมรับความตาย, พุทธศาสนา, การดูแลแบบประคับประคอง, ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย, การประเมินทางจิตวิญญาณ, ฮิลิสซาเบธ คูเบลล รอส.

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกชีวิตต้องประสบพบ การใช้ชีวิตอยู่ที่ดีพออาจจะถูกเชื่อว่าเป็นเหตุปัจจัยของการเผชิญต่อความตายได้ดี อย่างไรก็ตามความตายก็เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพยายามทำความเข้าใจ ให้ความหมายรู้สึกแตกต่างกัน เช่น กลัว กังวล และยอมรับได้ เป็นต้น แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของตนเอง ประสบการณ์และความเชื่อ ความเข้าใจที่แตกต่างก็นำมาซึ่งพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่แตกต่าง การแสวงหาที่แตกต่าง ความยึดเหนี่ยวใจต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่แตกต่าง ตลอดจนความเชื่อมั่นต่อการมีชีวิตอยู่ เพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์ และอึดอัดกับความทุกข์ในชีวิตได้แตกต่างกัน

การพูดถึงเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องความตายของตนเองอาจสร้างความเข้าใจ แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อบุคคลนั้นได้ (death anxiety) หากไม่ถูกพูดถึงและทำความเข้าใจที่เพียงพอ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ลดทอนความผาสุกในจิตใจ และกีดกันไม่ให้บุคคลนั้นใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมได้อย่างเต็มที่ ความกลัวที่เกิดขึ้นต่อความตาย (death fear or fear of death) หากเกิดขึ้นบ่อยจะทำให้บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่อย่างไม่มีชีวิตชีวา เพราะเขาเสียพลังงานของชีวิตไปเพื่อวิ่งหนีปฏิเสธ และหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญหน้ากับความตาย⁽¹⁾

ทั้งนี้การพูดถึงเรื่อง ความตาย ยังถือเป็นเรื่องที่น่ากลัวและค่อนข้างจำกัดในคนจำนวนมาก จากการศึกษาของ Elahi F.⁽²⁾ แม้ว่าความตายเป็นเรื่องสากลแต่ให้ความรู้สึกที่เป็นนามธรรม จับต้องไม่ได้ และไม่มีใครรอดพ้นไปได้ ดังนั้นความตายจึงกระตุ้นความคิดวิตกกังวล ความคิดทางลบ และความกลัวได้ การศึกษาโดย Hwang MTC.⁽³⁾ พบว่าคนทั่วไปปฏิเสธการพูดคุยเกี่ยวกับความตาย จึงทำให้ไม่เข้าใจใน เรื่องนี้และไม่ได้เตรียมพร้อมเผชิญหน้ากับความตายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความตายของตนเอง McLeod-Sordjan R.⁽⁴⁾ ศึกษาพบว่า การเตรียมพร้อมที่ดีสำหรับความตาย รวมถึงการยอมรับความตายนั้นมีความเกี่ยวข้องของสัมพันธ์กับการเพิ่มคุณภาพการตายและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ ในทางตรงกันข้าม

การไม่ยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของการตายที่ไม่ดี “bad death”⁽⁵⁾

นักวิจัยพยายามศึกษาในเรื่องของความกลัวตายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Wong and Tomer⁽⁶⁾ พบว่า “เราจำเป็นต้องเรียนรู้การพูดคุยเรื่องความตายนี้ในลักษณะที่เป็นธรรมชาติ มีความอ่อนโยน และก่อให้เกิดชีวิตชีวา ตลอดจนเส้นทางการเพิ่มขึ้นของความเข้าใจในการยอมรับความตายของบุคคล เราสามารถเรียนรู้วิธีการที่เหมาะสมในการดูแลซึ่งกันและกันด้วยความกรุณาและให้เกียรติในชีวิต” McLeod-Sordjan⁽⁴⁾ กล่าวว่า “พยาบาลควรค่าต่อการทำความเข้าใจมุมมองทัศนคติของผู้ป่วยผ่านการยอมรับความตายก่อนที่จะเริ่มบทสนทนาต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายในการให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะท้าย การศึกษาและเข้าใจมุมมองการยอมรับความตายของบุคคลนั้น สามารถช่วยให้พยาบาลเข้าใจมุมมองความคิดต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ดี ผ่านแนวคิดทางบวกเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตายของผู้ป่วย”

Lehto R. และ Therrien B.⁽⁷⁾ ทำการศึกษาด้วยวิธีการผสมผสาน (mixed-methods study) ในผู้ป่วย 73 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดชนิด non-small cell ร้อยละ 54 มีการประเมินเกี่ยวกับความตาย ในเรื่องการเตรียมพร้อมทางจิตใจ การวิเคราะห์เรื่องเวลาที่เหลือจากการทำนาย ผลกระทบในชีวิต การเตรียมพร้อมด้านพฤติกรรม การยอมรับ ประสบการณ์การสูญเสียที่เกี่ยวข้องโรคมะเร็ง และภาวะหลังสูญเสีย โดยที่เรื่องการยอมรับความตายถูกระบุเมื่อผู้ป่วยกล่าวว่า “ฉันพร้อมที่จะจากไป”, “ฉันยอมรับความตายได้”, “ถึงเวลาของฉันแล้ว” หรือ “ฉันรู้สึกว้าพระเจ้าจะทรงรับฉันไปเมื่อท่านพร้อม” พบว่าผู้ป่วย 1 รายในทุก ๆ 5 ราย ระบุว่าการยอมรับความตายนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญในใจของเขา Pinguart M. และคณะ⁽⁸⁾ ใช้แบบสอบถามในการประเมินการยอมรับความตายของผู้ป่วยชาวเยอรมัน โดยที่ผู้ป่วยถูกขอให้ตอบคำถามโดยให้คะแนนระหว่าง ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และ เห็นด้วย (5 คะแนน) เช่น “ฉันรู้สึกว้ากังวลกับความตายน้อยลง”

“ฉันไม่ชอบที่จะพูดเกี่ยวกับความตาย”, “ฉันคิดเกี่ยวกับการตายด้วยใจที่สงบ” “การคิดถึงความตายทำให้ฉันรู้สึกหนักใจ”, หรือ “ความคิดเกี่ยวกับความตายช่วยให้ฉันเบาใจ” พวกเขาพบว่าการยอมรับความตายที่เกิดขึ้นโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับกลาง

เป็นที่ยอมรับว่าในประเพณีวัฒนธรรมที่ต่างกัน ก็มีแนวคิด มุมมองที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละท้องถิ่น ทั้งเรื่องความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายหรือภาวะใกล้ตาย และมีการส่งทอดต่อรุ่นลูกหลานหลายชั่วอายุคน วัฒนธรรมประเพณีต่าง ๆ ได้สรรสร้างไม่เพียงแต่ความหมายของการตาย แต่ยังมีอิทธิพลต่อวิธีการที่บุคคลจะตายอย่างไรด้วย เนื่องจากความตายเกิดขึ้นได้ในทุกชาติ ศาสนา ฉะนั้นการศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับความเชื่อ และการปฏิบัติต่อผู้ที่มีโอกาสเสียชีวิต จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและน่าสนใจ ในแต่ละกลุ่มประชากร เชื้อชาติ ศาสนา⁽³⁾

ผู้เขียนเป็นพุทธศาสนิกชน มีอาชีพเป็นจิตแพทย์ ได้สำเร็จการศึกษาต่อยอดด้านวิจัยทางพันธุกรรมกับสารเสพติด ที่มหาวิทยาลัยเยลล์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ทั้งยังเชี่ยวชาญด้านการฝังเข็มแผนจีน เชี่ยวชาญเฉพาะด้านระบบประสาท มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์ชีวภาพล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและระยะท้ายแบบองค์รวม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐานในแนวทางของท่านอาจารย์โกเอ็นก้า ในสังฆราชูปถัมภ์จนถึงปัจจุบัน และยังคงปฏิบัติต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ได้เกิดประสบการณ์ภายในและพบว่าตามหลักการของ Elizabeth Kubler-Ross (พ.ศ. 2469 - 2547) อาจนำมาประยุกต์จนเกิดความเข้าใจถึงอุปสรรคในการดูแลได้ในหลาย ๆ กรณี เนื่องด้วยความตายนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถจินตนาการ ไม่สามารถวางใจยอมรับได้จริง เพราะไม่มีประสบการณ์ที่เทียบเคียงได้ในอดีต ก่อให้เกิดความกลัวตายและพฤติกรรมหลีกเลี่ยงที่เกิดความทุกข์ทรมานต่อเนื่องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงของร่างกายหรือ

ระยะของโรค กระบวนการรักษา และความผิดหวังต่าง ๆ ในชีวิต ล้วนถูกจัดเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่เสมอสำหรับผู้ป่วยและญาติ และเมื่อมีการยอมรับเกิดขึ้น เช่น การยอมรับระยะของโรค การยอมรับการรักษา การยอมรับการขาดงาน การยอมรับการสูญเสียอวัยวะ การยอมรับการพลัดพรากหรืออยู่ห่างจากคนรัก และการยอมรับความตายของตนเองจะเกิดประโยชน์มหาศาลซึ่งสามารถทำนายความสำเร็จของการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะการเยียวยาทางจิตวิญญาณได้อย่างแท้จริง

มุมมองเกี่ยวกับการยอมรับความตาย

มุมมองทางโลกตะวันตก

ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาทางจิตวิทยาในเรื่องความหมายของการยอมรับความตายของคน⁽⁹⁾ นอกเหนือจากความกลัวตาย (death fear) และการหลีกเลี่ยงความตาย (death avoidance) ได้มีการแบ่งการยอมรับความตาย (death acceptance) ออกเป็น 3 ลักษณะคือ ตายเป็นเรื่องธรรมชาติ (neutral acceptance) ที่ทุกชีวิตต้องประสบพบความตายเป็นการเปลี่ยนผ่าน (approach acceptance) เพื่อเข้าสู่ชีวิตใหม่ที่ดีกว่า และเป็นความหลีกเลี่ยง (escape acceptance) เพื่อไม่ต้องพบกับความทุกข์ทรมาน ซึ่งการพิจารณาการยอมรับความตายดังกล่าวปรากฏอยู่ในเครื่องมือ The Death Attitude Profile-Revise⁽¹⁰⁾

มุมมองทางพุทธศาสนา

อย่างไรก็ตามในทางพุทธศาสนา มีคติและความเชื่อในเรื่องการยอมรับความตายอีก 2 รูปแบบ คือ ตายอย่างมีตัวตน หรือในความหมาย “แม้ตัวตาย แต่ชื่อยังคงอยู่” (replaced acceptance) เป็นการให้ความหมายต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าจนสามารถก้าวข้ามความกลัวหรือการพยายามปฏิเสธความตายได้เช่น การไม่พูดถึงถือเป็นการยอมรับความตายประเภทหนึ่ง และแบบสุดท้ายคือ ตายแบบดับไม่เหลือหรือนิพพาน (real acceptance)

ผู้ที่สามารถเข้าถึงการยอมรับความตายในรูปแบบสุดท้าย ต้องการประสบการณ์ชีวิตที่มีความเฉพาะ มีการพัฒนาจิตใจ ในขณะที่ดำเนินชีวิตจนสามารถเข้าถึงความจริงอันประเสริฐ หรือ “อริยสัจ” สี่ประการ ได้แก่ (1) ทุกข์ มีความจริงว่า ทุกสิ่งทุกอย่างล้วนมีลักษณะที่ทนได้ยากอย่างเดียวกัน สากลลักษณะ คือ ความเป็นของไม่เที่ยง (อนิจจัง impermanence, transiency) ความเป็นทุกข์ (ทุกขัง stage of suffering or being oppressed) และความเป็นของไม่ใช่ตน (อนัตตา stage of being not self) หรือที่รู้จักกันในคำว่า “ไตรลักษณ์” (ส.สพ.18/1/1; ขุ.ธ.25/30/51. [78]) โดยผู้ปฏิบัติควรกำหนดรู้ (2) ทุกขสมุทัย มีความจริงว่า ทุกข์ทั้งหลายมีเหตุ ได้แก่ ตัณหา 3 ประการคือ กามตัณหา ภวตัณหา และ วิภวตัณหา โดยผู้ปฏิบัติควรละเว้น (3) ทุกขนิโรธ มีความจริงว่า ทุกข์สามารถดับไปได้ ได้แก่ ภาวะที่ตัณหาดับสิ้นไป ผู้ปฏิบัติควรทำให้สำเร็จ และ (4) ทุกขนิโรธคามินีปฏิปทา มีความจริงว่า ข้อปฏิบัติให้ถึงความดับทุกข์มีอยู่ ได้แก่ อริยอัฏฐังคิกมรรค หรือ เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า มัชฌิมาปฏิปทา แปลว่า “ทางสายกลาง” มรรคมีองค์ 8 นี้ สรุปลงในไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิและ ปัญญา โดยผู้ปฏิบัติควรเจริญให้ต่อเนื่องไม่สามารถขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ (วินย.4/14/18; ส.ม.19/1665/528; อภ.วิ.35/145/127. [204])⁽¹¹⁾

ความหมายของการยอมรับความตาย

การยอมรับความตาย หมายถึง การแสดงออกทางกาย วาจาและจิตใจว่ามีความเข้าใจและยอมรับได้ ของบุคคลที่มีต่อความตาย หรือการสูญเสียชีวิตของตนเอง หรือผู้อื่น

กระบวนการยอมรับความตาย

จากการกล่าวถึงกระบวนการยอมรับความตายของ Kubler-Ross E.⁽¹²⁾ ก่อให้เกิดความตื่นตัวอย่างมาก ในวงการสาธารณสุขเกี่ยวกับกระบวนการเป็นขั้นเป็นตอนของจิตใจมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เผชิญหน้าต่อโรค

มะเร็งระยะสุดท้ายอย่างเป็นทางการ สามารถอธิบายในเชิงกลไกป้องกันทางจิต (defense mechanism) ได้แก่ ระยะเวลาปฏิเสธ (denial) และระยะต่อรอง (bargaining) หรือ ส่วนของการตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ (anger) และความเศร้า (depression) จนกระทั่งถึงระดับที่ยอมรับได้ (acceptance) ซึ่งแนวความคิดหรือทฤษฎีนี้ก็ถูกนำมาขยายผลหรือถกเถียงในเวลาต่อมาถึงการนำไปใช้ เนื่องด้วยการยอมรับได้ในเรื่องความทุกข์หรืออุปสรรค ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงใหญ่เรื่องใด ๆ ในชีวิตของบุคคลนั้นจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์เทียบเคียงในอดีต เพื่อให้ใช้ในการวางใจให้ยอมรับ ไม่อาจเกิดขึ้นมาโดยไม่มีเหตุปัจจัยที่เป็นความหมายในการยอมรับสิ่งนั้น ซึ่งการยอมรับความตายของตนเองในบุคคลนั้นยากที่จะอธิบายตามประสบการณ์ภายในอันน้อยนิดและผิวเผินของบุคคล และลทธิทธิพลของความวิตกกังวลต่อความตายได้เลยในทางพุทธศาสนา จึงให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติภายในใจของบุคคลอย่างมาก เพื่อให้มีประสบการณ์ภายในได้ และสามารถเทียบเคียงกับความตายที่อยู่เบื้องหน้าให้มากที่สุด

จากมุมมองของการยอมรับความตายทางพุทธศาสนา และจากประสบการณ์การศึกษาปฏิบัติ ผู้เขียนเชื่อมั่นว่า ความตาย จัดเป็นทุกข์ชนิดหนึ่งในชีวิตที่ หากบุคคลสามารถปฏิบัติตนตามหลักธรรม โดยเฉพาะในส่วนของอริยสัจข้อสุดท้าย คือ ไตรสิกขา โดยไม่จำเป็นต้องเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายหรือได้รับความทุกข์ที่รุนแรงในชีวิตก่อนการปฏิบัติ ก็จะสามารถพัฒนาความเข้าใจในความตาย และความทุกข์ต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างไม่ยากลำบาก และสามารถยอมรับได้เป็นอย่างดีในที่สุด ซึ่งถือว่าการยอมรับต่อความตายอย่างแท้จริงจากประสบการณ์ของตนเองไม่ใช่จากการจินตนาการ (real acceptance)

ตามประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้เขียน พบว่าผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลที่มีการปฏิบัติตามหลักการของไตรสิกขาไม่ว่าผู้นั้นจะนับถือศาสนาใดก็ตาม น่าจะส่งผลถึงกระบวนการยอมรับความตายของผู้นั้นได้

ซึ่งการแสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการเป็นผู้ปฏิบัติตามหลักธรรมนี้ปรากฏทางกายหรือพฤติกรรมทางวาจาหรือการสื่อสารต่าง ๆ และทางความคิดหรือการตัดสินใจ ทักษะคิด ต่อโรค ต่อการรักษา ตลอดจนต่อความตายและการพลัดพราก ซึ่งบุคคลที่สามารถยอมรับได้นั้นจะสามารถใช้ชีวิตในช่วงก่อนการพลัดพรากสูญเสียได้เป็นอย่างดี ได้แก่ การควบคุมอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายได้ง่าย การวางใจ การวางแผนก่อนเจ็บป่วยหนัก การสื่อสารที่เกี่ยวกับโรคและการดูแล การประสานภารกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต เป็นต้น

การประเมินการยอมรับความตาย

จากหลักการข้างต้น “การยอมรับความตาย” หมายถึง การรับรู้ ความเชื่อ และการแสดงออกต่อความตาย โดยสามารถประเมินได้ว่าผู้ใด มีการยอมรับความตายในระดับที่ดีหรือไม่ ตามหลักการดูแลแบบองค์รวม (holistic view) คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเราสามารถประเมินด้วยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นหลัก ส่วนด้านที่เป็นจิตวิญญาณซึ่งเป็นเรื่องของความเข้าใจสูงสุด ที่มีการแทรกซึมอยู่ในทุกด้านข้างต้นอยู่แล้วไม่จำเป็นต้องแยกประเมินนอกจากนี้การประเมินความสามารถของการยอมรับความตายที่อิงตามหลักธรรมทางพุทธศาสนาในเรื่องความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ต่อการเข้าถึงธรรม หรือการฝึกฝนเรียนรู้ชีวิตใน 3 สิ่ง คือ ไตรสิกขา ได้แก่ ศีล สมาธิ และปัญญา โดยในคำถามเกี่ยวกับเรื่องของศีล คือเรื่องที่เป็นกระบวนการปฏิบัติที่เห็นได้เป็นรูปธรรม ส่วนสมาธิเป็นเรื่องของการควบคุมจิตใจให้มั่นคงอาจจะแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือคำพูดได้ และในเรื่องของปัญญาคือการเข้าใจและยอมรับความเป็นสามัญลักษณะของสรรพสิ่ง (หลักไตรลักษณ์) ได้แก่ ความไม่เที่ยงไม่ถาวร ความเป็นทุกข์ต้องเปลี่ยนแปลงไป และความไม่สามารถบังคับบัญชาได้ทั้งหมด ลักษณะของบุคคล5Hจัดว่า5การยอมรับความตายสามารถพบการแสดงออกได้ 3 ทาง หรือ กรรม 3 ได้แก่ กายกรรม (การกระทำ

ทางกาย หรือพฤติกรรม) วจีกรรม (การกระทำทางวาจา อาจหมายรวมถึงการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรกรณีที่พูดไม่ได้) และมโนกรรม (การกระทำทางใจ ได้แก่ ความคิด ความคาดหวัง) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ลักษณะด้านกายกรรม (ด้านร่างกาย)

1. ดูแลไม่ปล่อยปละ/สำรวจ/นอนหลับพักผ่อนได้ดีท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวาย
2. ไม่มีเกรงใจกับการแก้แค้นเล็กๆ น้อยจนเกินเหตุ ซึ่งอาการนั้นไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน
3. มีพฤติกรรมการวางแผนล่วงหน้าก่อนป่วยหนักและไม่สามารถสื่อสารได้ (advance care plan) และหรือแผนงานศพ ได้อย่างเป็นรูปธรรม
4. มีพฤติกรรมการฝึกจิตตนเองและผู้ป่วย เป้าหมายให้เข้าใจและยอมรับความไม่แน่นอนได้
5. ไม่ได้แสวงหาการรักษาให้โรคหายแต่ก็ไม่ปิดกั้น
6. แสวงหาการดูแลแบบประคับประคองอาการ
7. สามารถเข้ามาช่วยเหลือดูแลจัดการร่างกาย สิ่งแวดล้อมใกล้ตัวผู้ป่วยได้ (กรณีผู้ดูแล/บุคลากร สาธารณสุข)
8. มีพฤติกรรมที่ตอบสนองของความต้องการที่ปรารถนาและค้างคาใจผู้ป่วย (กรณีผู้ดูแล/บุคลากร สาธารณสุข)

ลักษณะด้านวจีกรรม (ด้านสังคมและการสื่อสาร)

1. มีการสื่อสารวางแผนและเผื่อใจล่วงหน้ากรณีที่เกิดการรักษาไม่สมดังที่หวังไว้
2. สามารถสื่อสารพูดคุยการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิตได้โดยไม่เปลี่ยนเรื่องมีการสื่อสารให้เกียรติผู้ป่วย และผู้ดูแลคนอื่นที่มีความเห็นแตกต่างจากตน (กรณีผู้ดูแล/บุคลากร สาธารณสุข)
3. มีการสื่อสารที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขความทรมานของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยไม่ได้มุ่งแก้ไขโรคร้ายให้หาย (กรณีผู้ดูแล/บุคลากร สาธารณสุข)

ลักษณะด้านมโนกรรม

(ด้านจิตใจและความรู้สึกนึกคิด)

1. มีความเข้าใจและยอมรับความตาย ความไม่เที่ยง และการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เป็นไปตามใจหวัง
2. ยืดหยุ่นและปล่อยวางในผลของการกระทำที่เหมาะสมในเหตุ
3. มีสติสัมปชัญญะที่สม่ำเสมอ โดยมีภาวะสับสนน้อยหรือไม่มี
4. ประคองใจตนเองและผู้ป่วยให้มีความหวังแต่ไม่ใช่ความคาดหวัง
5. ไม่ได้อยากหายจากโรคจนเครียดมาก หรืออยากตายให้พ้นความทุกข์ แต่ยอมหายหรือยอมตายตามธรรมชาติที่เป็นผลจากการตัดสินใจรับหรือให้การดูแลที่ผ่านมาด้วยดี
6. ปรับใจรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้ป่วยได้เร็ว ง่ายดายและไม่รู้สึกเป็นทุกข์ เช่น โกรธ เศร้า สงสาร ฟูมฟิดต่อผู้ป่วย หรือโทษตนเอง (กรณีผู้ดูแล/บุคลากรสาธารณสุข)
7. ระวังความโกรธ ผิดหวังในสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปดังใจปรารถนา หรือความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างการดูแล (กรณีผู้ดูแล/บุคลากรสาธารณสุข)

โดยสรุปแล้วการประเมินการยอมรับความตายจากกรรม 3 ชนิดข้างต้น มีหลักการดังนี้

ด้านร่างกาย ประเมินโดยการสังเกต หรือการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย ที่มีผลสืบเนื่องจากความคิด รวมถึงอาการทุกข์ทรมานต่างๆ ด้านร่างกายที่ผู้นั้นเผชิญอยู่ ลักษณะการหายใจ การเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ความกระสับกระส่ายหรือความสงบของสีหน้าท่าทาง มีการใช้ยาระงับอาการทรมานต่างๆ ลดลงหรือคงที่ ช้าหรือรวดเร็ว คุณภาพการนอนหลับ

ด้านวาจาหรือสังคมการสื่อสาร ประเมินผ่านการสังเกต หรือการสัมภาษณ์ ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ครอบครัวผู้ดูแลและการสื่อสารทางสังคม การเตรียมพร้อมเรื่องต่างๆ ในชีวิตทั้งในส่วนที่เป็นภารกิจที่ค้างคาใจในชีวิต เจตจำนงทางการแพทย์ สุขภาพก่อนเสียชีวิตจนถึงหลังเสียชีวิต ตลอดจนการเรียกร้องต่อผู้ดูแลที่เป็นการ

รบกวนผู้อื่นเท่าที่จำเป็น

ด้านจิตใจ ประเมินโดยการสังเกต หรือการสัมภาษณ์ ความคิดความเชื่อ ความหมาย สภาพอารมณ์ความรู้สึก ความคาดหวัง ตลอดจนทัศนคติต่อการรักษา ความตาย และชีวิตหลังความตาย ข้อสังเกตและการสัมภาษณ์ข้างต้นสามารถแบ่งระดับการยอมรับความตายเป็น 4 ระดับต่อไป

ระดับการยอมรับความตาย

ผู้เขียนเกิดแนวคิดเรื่องกระบวนการยอมรับความตาย 4 ระดับในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ (death acceptance level) ต่อเนื่องจากแนวคิดในการแบ่งประเภทของการยอมรับความตายตามมุมมองทางพุทธศาสนาแบบสุดท้าย คือ การยอมรับความตายแบบ “ดับไม่เหลือหรือนิพพาน” (real acceptance) โดยระดับต่างๆ ถูกประยุกต์ขึ้นอิงตามลักษณะของธาตุทั้ง 4 ในธรรมชาติ ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ ซึ่งธาตุเหล่านี้มีการแปรเปลี่ยนและเชื่อมโยงซึ่งกันและกันได้ตลอดเวลา ดังนี้

1. **ธาตุดิน** มีลักษณะแข็งทึบหนัก และไม่มีการเคลื่อนไหวหรือเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ยาก จำต้องยึดถือได้ง่าย
2. **ธาตุน้ำ** มีลักษณะที่ดึงดูดเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้ แต่ก็สามารถเคลื่อนไหวได้ดี จำต้องยึดถือได้บ้าง
3. **ธาตุลม** มีลักษณะที่เบา ลอยตัว เปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวได้โดยง่ายมาก จำต้องยึดถือไม่ได้
4. **ธาตุไฟ** มีลักษณะอบอุ่น มีความขัดแจ้งสว่าง มีพลังงานแทรกซึมธาตุต่างๆ ข้างต้น ไม่สามารถจับต้องยึดถือได้

เมื่อนำลักษณะของธาตุดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับลักษณะของกระบวนการยอมรับความตาย ซึ่งเป็นนามธรรม จะสามารถเข้าใจได้ตามระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับที่ 1. ฉันทญาณของฉันทยังตายไม่ได้ (ดิน) หมายถึงการยอมรับความตายระดับน้อยหรือยอมรับไม่ได้ ระยะนี้ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถยอมรับความตายได้ มีความยึดถือในชีวิตและร่างกายมาก มีความคิดและพฤติกรรมที่สอดคล้องกันว่าตนเองไม่สามารถยอมรับ และมีความกลัว

ต่อความตายระดับสูง แสงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองหรือผู้ป่วยนั้นรอดพ้นต่อความตาย มีความทุกข์ใจทุกข์กายแสนสาหัส

ระดับที่ 2. ฉันท/ญาติของฉันทายก็ได้ แต่หากไม่ตายก็ได้ (น้ำ) หมายถึง การยอมรับความตายระดับกลาง ะยะนี้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเปิดใจพิจารณาความตายของตนเองหรือผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ.50 โดยมีความคิดและเชื่อว่าตนเองหรือผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตได้ตามธรรมชาติของโรค สามารถพูดคุยและปฏิบัติตนเพื่อเตรียมพร้อมเพื่อความไม่ประมาทได้ แต่ก็ยึดมั่นในการมีชีวิตและไม่หยุดแสวงหาโอกาสที่จะรอดพ้นจากความตายให้ได้ มักจะเสียชีวิตในสถานพยาบาลหรือเป็นไปตามความพร้อมหรือความประสงค์ของผู้ดูแล

ระดับที่ 3. ฉันท/ญาติของฉันทายก็ได้ หรือไม่ตายก็ได้ (ลม) หมายถึง การยอมรับความตายระดับสูง ะยะนี้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถเปิดใจพิจารณาความตายได้อย่างสบายใจในทุกแง่มุมที่บุคลากรการแพทย์สาธารณสุขถามถึง เช่นวางแผนเพื่อรับหัตถการทางการแพทย์ในช่วงสุดท้ายได้อย่างเป็นธรรมชาติ และมีความยึดหยุ่นในเรื่องการรับการรักษาหรือหัตถการทางการแพทย์ที่ยังไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือตามคำแนะนำของแพทย์ มีความกลัวและวิตกกังวลต่อความตายน้อย ทุกข์ทรวงกายที่สามารถควบคุมได้อย่างรวดเร็ว และง่ายขึ้น สามารถใช้ชีวิตช่วงท้ายนอกโรงพยาบาลได้ดี หรือเป็นไปตามความต้องการของเจ้าของชีวิตเอง มีความยึดมั่นกับการมีชีวิตอยู่น้อยมาก

ระดับที่ 4. ฉันท/ญาติของฉันทยอมรับอยู่ให้ดีที่สุดจนถึงเวลาสุดท้าย (คุณภาพชีวิตที่ดี หรือตามคติของแต่ละศาสนา) (ไฟ) หมายถึง การยอมรับความตายระดับสูงสุด ะยะนี้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถปรับตัวด้านต่าง ๆ ได้ดีมาก มีการเตรียมพร้อมชีวิตด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมได้เอง โดยไม่ต้องมีการชวนคุยโดยบุคลากรสาธารณสุข สามารถใช้ชีวิตช่วงท้ายนอกโรงพยาบาลได้ดี หรือเป็นไปตามความต้องการของเจ้าของชีวิตเอง ไม่มีความยึดมั่นในการมีชีวิตอยู่อีกต่อไป

ข้อสังเกตต่อระดับการยอมรับความตาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง หรือภาวะเสี่ยงชีวิตอื่นทางอายุรกรรม ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่มากที่สุดในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลระยะสุดท้ายและเสียชีวิตที่บ้าน⁽¹³⁾ โดยความกลัวแท้จริงที่ซ่อนอยู่ได้แก่ “ความกลัวต่อความตาย” ก่อให้เกิดอาการทางร่างกายและจิตใจต่อเนื่อง ซึ่งความตายนั้นยากต่อการยอมรับและปรับตัว และการประเมินความคิดความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการแพทย์ในช่วงที่เริ่มทราบผลการวินิจฉัยโรค ไม่ว่าโรคหรือสภาวะร่างกายขณะนั้นจะมีพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร เนื่องจากอุปสรรคในการดูแลสามารถเกิดขึ้นได้เสมอหากความเข้าใจและระดับการยอมรับของในแต่และฝ่าย ได้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล/ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข ไม่เท่าเทียมกัน

ทั้งนี้หากมีการประเมินระดับการยอมรับความตายในมุมมองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลร่วมกันน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการสนทนาในเรื่องการวางแผนดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น โดยหากสามารถตั้งคำถามต่อผู้ป่วยหรือญาติในขณะที่อยู่แยกกัน ทำให้ทีมการรักษาเข้าใจบริบทการยอมรับการรักษาหรือการดูแลในอนาคตได้เพิ่มขึ้น และสามารถนำไปสู่การพูดคุยในเชิงลึก

ผู้เขียนพบว่าผู้ป่วยหรือญาติที่มีการยอมรับความตายที่ระดับ 1 หรือ 2 มักพบได้บ่อยในโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิ และมีแนวโน้มจะเกิดความยากลำบากในการสื่อสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ผู้ป่วยและญาติมีการยอมรับอยู่ต่างระดับกัน ทั้งนี้การทราบถึงระดับการยอมรับความตายอาจจะเป็นปัจจัยส่งเสริมในการดูแลในห้องไอซียู ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นในอนาคต ส่วนการยอมรับในระดับที่ 3 และ 4 พบได้บ่อยในโรงพยาบาลทุติยภูมิและปฐมภูมิลงมา อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยและครอบครัวได้ผ่านการดูแลจากระดับตติยภูมิมาเรียบร้อยแล้ว จึงไม่ค่อยคาดหวังต่อการหายจากโรคร้ายไข้เจ็บในทำนองเดียวกันหากพบระดับการยอมรับ ที่ 3 หรือ 4 ใน

ตัวอย่าง การแสดง ออกตาม กรรม 3	ระดับที่ 1		ระดับที่ 2		ระดับที่ 3		ระดับที่ 4	
	ผู้ช่วย	ญาติ	ผู้ช่วย	ญาติ	ผู้ช่วย	ญาติ	ผู้ช่วย	ญาติ
การแสดง ออกตาม กรรม 3	กระสับกระส่าย, เห็นอโยงาย, หมดเรี่ยวแรง	รอนรน, นอนไม่หลับ, ไม่ทางไปไหน, ไม่เซาหาผู้ช่วย	สงบลง, อากา ทางร่างกาย ควบคุมได้ดี เป็นระยะ ๆ	ไม่รอนรนเรื่อง การรักษา, รอนรนเรื่อง ความทุกข์ทาง กายของผู้ช่วย	สงบ, อากาทาง ร่างกายน้อย, ตอบสนของต่อ การเซาเร็ว	ไม่รอนรน, นอน หลับดี, จัดสรร เรื่องต่าง ๆ ลงตัว	สงบ คลายปกติ, พักผ่อนได้ ปกติ แม้เวลา เปลี่ยนก็ไม่ทุกข์	สงบ คลายปกติ, พักผ่อนได้ ปกติ แม้เวลา เปลี่ยนก็ไม่ทุกข์
วิธีการ	ไม่พูดถึง ความเจ็บป่วย, ร้องขอให้ช่วย	ปิดกั้นความจริง, ให้กำลังใจ ผิวเผิน	รับฟังเรื่องโรค และการรักษา ได้ดี, สอบถาม เหตุผลสม่ำเสมอ	พูดคุยเรื่อง ความไม่แน่นอน ด้านการรักษาได้ และขอรองให้ รักษาเต็มที่	พูดคุยปกติ, ให้กำลังใจคน รอบข้างได้	รับฟังเรื่องการ ดำเนินโรคระยะ ท้าย ๆ ของผู้ช่วย ได้ดี, ให้กำลังใจ ผู้ช่วยดี	พูดคุยเรื่อง ธรรมชาติ ของชีวิตได้ดี	พูดคุยเรื่อง ธรรมชาติ ของชีวิตได้ดี
มโนกรรม	กลัวตายมาก, โทษตนเอง หรือผู้อื่น	รู้สึกผิด, มุ่งคิดถึง แต่การรักษา	กลัวตายลดลง, คาดหวังผลการ รักษา	กลัวตายลดลง, หวังปฏิหาริย์ การรักษา	ไม่กลัวตายหรือ น้อยมาก, เชื้อมั่น ในผู้รอบข้าง	ไม่กลัวตาย, น้อยมาก, เชื้อมั่น ในกฎแห่งกรรม	ไม่กลัวตาย, มีสติสัมปะชัญญะ ในทุกๆ	ไม่กลัวตาย, มีสติสัมปะชัญญะ ในทุกๆ

โรงพยาบาลตติยภูมิ อาจคาดการณ์ได้ว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกลับไปใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือที่นอกสถานพยาบาลได้มากกว่า ยกเว้นเพียงกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระดับ 3 หรือ 4 ขณะที่ญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับที่ต่างออกไปเช่น ระดับที่ 1 หรือ 2 เป็นต้น

จากประสบการณ์ในกรณีที่ทราบว่าการยอมรับความตายอยู่ในระดับที่ 1 คือ “ฉัน/ญาติของฉันยังตายไม่ได้” บุคคลไม่มีการเตรียมพร้อมหรือมีความกล้าต่อการเผชิญหน้าต่อความตายได้เลย มีความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจอย่างมาก ซึ่งยากต่อการดูแลจัดการอาการมักพบว่าต้องการการดูแลใกล้ชิดมากและพลัดพรากไปพร้อมการใช้หัตถการทางการแพทย์หรือยาระดับสูงหรือทุกข์ใจมากในกรณีที่เป็นผู้ดูแล เราอาจเขาได้โดยประเมินค้นหาความวิตกกังวลและความกลัวตายอย่างเข้าใจได้ด้วยการประเมินว่า “หากชีวิตนี้ต้องตายลงในช่วงเวลานี้จริงๆ จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง” หรือว่า “สิ่งเลวร้ายที่สุดหากคุณหรือญาติต้องตายในช่วงเวลานี้จริงๆ” เพื่อร่วมหาหนทางดูแลที่เหมาะสม สื่อสารความจริง (อาจรวมถึงการดูแลในระยะท้ายหรือ advance care plan ในรูปแบบที่เฉพาะและละเอียดอ่อนมากขึ้น) หรือการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลอย่างถูกต้อง จะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นพัฒนาความสามารถในการยอมรับความตายได้สูงขึ้น

ในกรณีที่การยอมรับความตายอยู่ในระดับที่ 2 คือ “ฉัน/ญาติของฉันตายก็ได้ แต่หากไม่ตายก็ได้” ซึ่งผู้เขียนพบว่าเป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกลุ่มใหญ่ที่มีการปฏิบัติตามหลักธรรมของไตรสิกขามาไม่มาก การยอมรับความตายที่เกิดขึ้นจะแสดงออกให้เห็นในลักษณะที่เป็นการยอมจำนนต่อตัวโรค จำนนต่อการรักษา จำนนต่อความเจ็บปวดทรมานและจำนนความตายในที่สุด มากกว่าการยอมรับความตายโดยสมัครใจตั้งแต่ต้น มีความทุกข์ทรมานทางกายและใจให้เห็นและต้องการการปรับยาหรือหัตถการทางการแพทย์อยู่พอสมควร ทั้งนี้เราสามารถที่จะค้นหาความวิตกกังวลและความกลัวตายอย่างเข้าใจก่อนที่จะเกิดการดูแลที่ไม่เหมาะสมด้วยการประเมินว่า “หากชีวิตสามารถรอดพ้นจากความตายได้จริง ๆ หรือมีอายุยืนยาว

เพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่ต้องการ จะเกิดอะไรขึ้น” หรือ “ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้หากว่าคุณหรือญาติมีชีวิตอยู่ต่อได้อีกสักระยะหรือนานพอสมควรคืออะไร หรือสิ่งที่ค้างคาใจที่ต้องการสื่อสารคืออะไร” เพื่อให้เกิดการวางแผนร่วมกันในการดูแล (อาจรวมถึงการดูแลในระยะท้ายหรือ advance care plan ในรูปแบบมาตรฐาน) รวมถึงการสื่อสารสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยให้บุคคลเหล่านั้นพัฒนาความสามารถยกระดับการยอมรับความตายในใจได้สูงขึ้นได้

ในกรณีที่อยู่ในระดับที่ 3 คือ “ฉัน/ญาติของฉันตายก็ได้ หรือไม่ตายก็ได้” คือ การยอมรับความตายโดยสมัครใจ มีความสงบจากอาการทางร่างกายและทางอารมณ์ที่เป็นทุกข์ได้โดยง่าย เราสามารถใช้กระบวนการให้คำปรึกษาถึงเรื่องการวางแผนเพื่อความไม่ประมาททางการแพทย์ จากความไม่แน่นอนของชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (advance care plan ในรูปแบบมาตรฐาน) ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การประชุมครอบครัว (family conference) การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล การให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลให้สื่อสารเรื่องนี้แก่ผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติโดยปราศจากความกลัวต่อความทุกข์ทรมานที่อาจจะเกิดขึ้นในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งยังสร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายในสถานที่ที่ผู้ป่วยและญาติต้องการจนสามารถพัฒนาความสามารถในการยกระดับการยอมรับความตายขึ้นสูงสุด โดยใช้แนวคำถามที่จะดูแลความวิตกกังวลและความกลัวตายอย่างเข้าใจได้ด้วยการประเมินว่า “คุณต้องการให้ช่วยหรือประสงค์สิ่งใดในขณะนี้ และหากสามารถเลือกได้คุณปรารถนาที่จะใช้ชีวิตช่วงที่เหลือหรือช่วงสุดท้ายที่เป็นอย่างไรร”

ในกรณีที่อยู่ในระดับที่ 4 คือ “ฉัน/ญาติของฉันควรอยู่ให้ดีที่สุดจนถึงเวลาสุดท้าย (คุณภาพชีวิตที่ดีหรือตามคติของแต่ละศาสนา)” ซึ่งถือว่าเป็นคนส่วนน้อยที่สามารถพัฒนาจิตให้ข้ามพ้นต่อความกลัวตายได้อย่างหมดจด โดยทั่วไปการยอมรับความตายในระดับนี้เกิดขึ้นใน

ผู้ที่ปฏิบัติธรรม ผิดคนจิตใจอย่างจริงจังมาเป็นเวลานาน ไม่มีความห่วงไหวต่อความตายหรือต่อความกลัวตาย และเกิดความเสถียรของจิตใจและยากต่อการลดระดับ การยอมรับความตายลงไป มีความรู้สึกทุกข์ทรมานทาง ร่างกายน้อยมากอาจไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ประเมินได้ ดังนั้นหลักการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ควรมีการสนับสนุนให้ บุคคลผู้นั้นได้อยู่อย่างผาสุกตามกำลังของผู้นั้น ในสถานที่ ที่เขายอมรับได้อย่างแท้จริง โดยเราอาจใช้แนวคำถามที่ จะดูแลความทุกข์ความสุข คุณภาพชีวิตอย่างเข้าใจได้ ด้วยการประเมินว่า “คุณมีความพอใจในปัจจุบันนี้ อยู่หรือไม่ อย่างไร (อาจใช้การสังเกตโดยไม่จำเป็นต้องถาม) หากต้องการอะไรเพิ่มเติมสามารถบอกได้อย่างเกรงใจ”

ในทางปฏิบัติการยอมรับความตายในระดับ 4 นี้ อาจอยู่เหนือความคาดหวังของผู้ประเมิน และยากต่อการแยกแยะจากระดับที่ 3 สิ่งที่แตกต่างกันคือ บุคคลที่อยู่ใน ระดับที่ 4 จะมีการพิจารณาความทุกข์ทางกายและทาง จิตใจว่าเป็นสิ่งที่ไม่เที่ยง ไม่มีสาระแก่นสารควรแก่การให้ ความหมายหรือมีอารมณ์ร่วม จึงอาจจะพบได้ว่าบางครั้ง การประเมินอาการทางกายตามมุมมองทางสาธารณสุขมีความลำบาก เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความปวดหรือความ เหนื่อย 8/10 แต่สีหน้าที่แสดงออกหรือลักษณะทางร่างกาย อาจไม่เห็นได้ตามที่ควรจะเป็น และอาจไม่ต้องการยาระงับ ปวดที่ก่อให้เกิดการรบกวนกับการมีสติสัมปชัญญะ จึงเป็น ส่วนที่บุคลากรการแพทย์ควรพิจารณาประเมินให้รอบคอบ ก่อนการให้ยารักษา

อีกนัยหนึ่งตามทฤษฎีลักษณะของธาตุ 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม และไฟ นั้น ธาตุไฟจะแทรกซึมในทุกธาตุ ดังนั้น คุณภาพของการยอมรับการอยู่ดีที่สูงสุดจนถึงเวลาสุดท้าย นั้นก็แทรกอยู่ในทั้ง 3 ระดับล่างที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งหมายถึง ระดับการยอมรับที่ 4 จึงหมายถึงการอยู่ดี หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ทุกชีวิตต้องการ เรียกว่า “สุขภาวะ” ดังนั้นจากประสบการณ์การประเมินระดับ การยอมรับความตาย จึงอาจใช้เพียง 3 ระดับแรกก็เพียงพอ และทุกระดับก็ควรมีการประเมินความผาสุกร่วมด้วยเสมอ

ในบางกรณี ที่การพูดคุยเพื่อประเมินระดับความ ยอมรับนี้เกิดขึ้นได้ยากมาก เนื่องจากหลากหลายสาเหตุ

เช่น ความไม่ศรัทธาของผู้ป่วยและญาติต่อทีมการรักษา หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและจำใจต้องใช้สิทธิการรักษา การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีไม่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและทีม การรักษา ไม่มีบรรยากาศการพูดคุยที่อบอุ่นและสงบพอ หรือผู้ป่วยและญาติยังอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกเงินและยังไม่ทราบความจริงทั้งหมด จำเป็นต้องใช้ทักษะการสื่อสาร ที่ดีพอ และการให้เวลาที่เหมาะสมของทีมสาธารณสุข และญาติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การยอมรับความตาย เป็นมุมมองที่มีความสำคัญ ต่อการให้การดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ภายใต้ การดูแลแบบประคับประคอง นอกเหนือจากการดูแลเรื่อง ความเป็นอยู่ ค่าใช้จ่าย ความหมายด้านต่าง ๆ ในชีวิต ความวิตกกังวลและความกลัวตาย เนื่องจากกรยอมรับ ความตายของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการช่วย เยียวยาและแก้ไขอุปสรรคต่าง ๆ ของทุกฝ่ายระหว่าง การดูแลแบบประคับประคองตามประสบการณ์ของผู้เขียน ทั้งนี้หากมีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถใช้เป็นแนวทาง การสื่อสารเพื่อประเมินระดับของการยอมรับความตาย อย่างเป็นรูปธรรม และมีคุณภาพต่อการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายในอนาคต จะช่วยให้เกิดความเข้าใจสภาพจิตของ ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้มี การพัฒนาการดูแลที่ประยุกต์หลักธรรมไตรสิกขามาใช้ให้ เกิดประโยชน์ในชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล ตลอดจนบุคลากร สาธารณสุขมากขึ้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการให้ การดูแลแบบองค์รวม สร้างทัศนคติเชิงบวกได้ดีเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย และความตายในสังคมก่อนได้รับวินิจฉัย ว่าเจ็บป่วย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองใน ช่วงท้ายทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ การยอมรับความตายของบุคคลอยู่ในระดับที่ดีได้ ในทาง กลับกันจากมุมมองทางพุทธศาสนา บุคคลผู้ปฏิบัติเจริญ ในไตรสิกขามาดีแล้วจะมีระดับการยอมรับความตายอยู่ ในระดับที่ดีได้ และยังช่วยให้การดูแลแบบประคับประคอง ในระยะท้ายเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นและเป็นธรรมชาติได้

เอกสารอ้างอิง

1. Yalom I. D. Staring at the sun: Overcoming the terror of death. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
2. Elahi, F. Death anxiety, afterlife belief, and patients with terminal cancer [Dissertation]. Minneapolis, MN: Walden University; 2007 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://search.proquest.com/docview/304768352?accountid=15637>
3. Hwang MTC. A cross cultural study of attitudes toward death and dying between Chinese and American college students [Dissertation]. Des Moines, IA: Drake University; 1988. [cited 2016 Jan 1]. Available from : <http://search.proquest.com/docview/303593145?accountid=15637>
4. McLeod-Sordjan R. Death preparedness: a concept analysis. J Adv Nurs 2014;70:1008-19.
5. Zimmermann C. Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. Soc Sci Med 2012;75:217-24.
6. Wong PTP, Tomer A. Beyond terror and denial: The positive psychology of death acceptance. Death Stud 2011;35:99-106.
7. Lehto R, Therrien B. Death concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. Death Stud 2010;34:931-46.
8. Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK, Wedding U. Death acceptance in cancer patients. Omega: The journal of Death and Dying 2006;52:217-3.
9. Gesser G, Wong PTP, Reker GT. Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). Omega: The Journal of Death and Dying 1988;18: 113–28.
10. Wong PTP, Reker GT, Gesser G. Death attitude profile–revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editor. Death anxiety handbook: Research instrumentation and application: Washington, DC: Taylor & Francis; 1994.p.121–48.
11. พระพรหมคุณาภรณ์ ป.ธ.ปยุตฺโต. พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม (Dictionary of Buddhism) .พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2551.
12. Kübler-Ross E. On death and dying. 40th Anniversary Edition. Abingdon, UK: Routledge; 1969.
13. Kosolnakorn P. Factors associated with preferences for place of terminal care and death among cancer patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J 2016;60:355-64.