

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อและนำเสนอตามลำดับดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.1. ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย
 - 2.1. ความหมายและความสำคัญของความตายและภาวะใกล้ตาย
 - 2.2. ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย
 - 2.3. การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย
 - 2.4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย
3. การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่บุคคลได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) เข้าสู่ร่างกายจากการมีเพศสัมพันธ์ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ การใช้กระบอกฉีดยาหรือเข็มฉีดยาเสพยาเสพติดเข้าหลอดเลือดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดามีเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หรือหลังคลอดและมีการตรวจเลือดพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี (ปิยรัตน์ นิลยัยกา, 2537; มัทมา หาญวนิชย์และอุษา ทิษยากร, 2535) เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสที่อยู่ในตระกูลรีโทรไวรัส (retrovirus) มีเปลือกหุ้มและมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100-200 นาโนเมตร เข้าสู่ร่างกายโดยอาศัยการจับตัวระหว่างโปรตีนจีพี 120 (GP 120) ที่อยู่บนบริเวณเปลือกหุ้มตัวเชื้อและซีดีโฟร์ (CD4) ที่อยู่บนบริเวณผิวของที-เฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ (T-helper lymphocytes)

ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่างๆของร่างกาย โดยมีเอนไซม์ reverse transcriptase (RT) ทำหน้าที่เปลี่ยน viral RNA ให้เป็น viral DNA แทรกเข้าไปในนิวเคลียสและมีการแบ่งตัวกลายเป็นเซลล์ตัวใหม่ด้วยการแตกหน่อออกไปเข้าสู่เซลล์ตัวอื่นต่อไป และเชื้อไวรัสเอชไอวีที่เข้าไปฝังตัวอยู่จะมีการขยายพันธุ์เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆจน ที-เฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ ถูกทำลายมากขึ้นและแพร่ขยายไปทำลายเซลล์อื่นต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงและมีความไวต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดต่างๆ ซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ส่งผลต่อการดำเนินของโรค ซึ่งจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง

ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีอาการหลายลักษณะตามจำนวนของเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ ซึ่งสรุปได้ 3 ระยะ ตามความรุนแรงและอาการที่แสดง ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV Infection) ภายหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวี ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อไวรัสเอชไอวีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด สามารถตรวจเลือดแล้วให้ผลบวกได้ภายใน 3 สัปดาห์หรือ 3 เดือนภายหลังติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จัดเป็นพาหนะของโรคที่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่นได้

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) หรือ ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS – Related Complex : ARC) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มแสดงอาการของโรค ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเริ่มบกพร่อง มีอาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน เช่น ต่อม้ำเหลืองโตบริเวณลำคอ รักแร้หรือขาหนีบ น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว มีเชื้อราในปากและลำคอ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อูจจาระร่วงเรื้อรัง เป็นงูสวัดหรือแผลริมชนิดลุกลาม เป็นต้น

ระยะที่ 3 ระยะที่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือโรคเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) ภูมิคุ้มกันของผู้นั้นลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อ “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ได้ง่าย ซึ่งจะแสดงอาการตามแต่ว่าโรคนั้นๆจะเกิดขึ้นที่อวัยวะส่วนใดของร่างกาย เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อาการไข้ อาการต่อม้ำเหลืองโตทั่วตัว อาการติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการของโรคมะเร็งที่พบบ่อยคือ มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มีอาการเป็นจ้ำสีม่วง แดงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็งต่อม้ำเหลือง (Lymphoma) จะมีก้อนโตตามส่วนต่างๆของร่างกาย

โดยทั่วไปการติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อร่างกายในระยะแรกน้อยมาก จะไม่ปรากฏอาการของโรคใดๆ แต่สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับผู้อื่นได้ เมื่อสุขภาพร่างกายและจิตใจไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ จะส่งผลให้มีการขยายตัวของจำนวนเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้นจนปรากฏอาการของโรคเอดส์ (อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541) มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจากเชื้อแบคทีเรีย โปรโตซัว พาราสิต ไวรัส และเชื้อรา หรือแม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติที่ไม่เป็นอันตรายต่อคนปกติ ซึ่งมักจะรุนแรง เรื้อรังและรักษาได้ยาก อีกทั้งยังก่อให้เกิดโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (Grief & Golden, 1994) นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวียังมีการดำเนินของ โรคเป็นไปอย่างถาวรและรุนแรงเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ อีกทั้งการพัฒนาวัคซีนและยาที่ใช้ในการรักษาโรคยังได้ผลที่ไม่แน่นอนและมีราคาแพงมาก ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541; McCann, 1995) และจิตวิญญาณ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540; Mack, 1993; Flaskerud & Ungvarski, 1995; Mullins, 1996)

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ได้รับเชื้อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ความไม่แน่นอนในชีวิตและยังส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวีในด้านต่างๆ ซึ่งจากผลกระทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย สถานะสุขภาพจะเกิดการขาดความสมดุลตามความรุนแรงของโรค อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังได้รับเชื้อเอชไอวี มีตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งอาการของโรคปรากฏ (วิมลภา ครุฑแก้ว, 2540) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางรายอาจไม่ปรากฏอาการใดๆ เลยตลอดเวลาหลายเดือนหรือหลายปี โดยที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย อย่างไรก็ตามในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยังไม่มีอาการแสดงให้เห็นเด่นชัด อาจมีอาการคล้ายไข้หวัด เจ็บคอ ไข่ออกผื่นแดง โดยอาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปเองภายใน 2 สัปดาห์ (วิชาญ วิทยาศัย และ ประคอง วิทยาศัย, 2537) ต่อมาเมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้มีการกระตุ้นการเจริญเติบโตและการขยายตัวของเชื้อเอชไอวีในร่างกายอย่างรวดเร็ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น เช่น มีไข้เรื้อรัง อ่อนเพลีย

น้ำหนักตัวลด ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร มีเชื้อราในช่องปากและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่างๆของร่างกาย ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ และผู้ป่วยเอดส์ (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535; Rakower & Galvin, 1989 ; Tindall & Cooper, 1991 cited in Chamberland, et al., 1995) เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยเอดส์จะมีร่างกายผอมลง ปรากฏอาการเมื่อยของผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อเมือกในช่องปาก เช่น ระบบทางเดินอาหาร จะพบว่ามีอาการเจริญเติบโตของเชื้อรา ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการติดเชื้อได้ง่าย บางรายเชื้อจะลุกลามเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตประสาท (AIDS dementia complex) จะมีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ คลุ้มคลั่ง เป็นต้น (อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์, 2541) จากผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายทุกระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดง และความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นตามระยะต่างๆของโรค นอกจากนี้ผลกระทบที่รุนแรงและสร้างความกดดันให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากกว่าโรคอื่นๆ คือ ผลกระทบด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (มาลี ประทุมศรี, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์และอรัญญา เชาวลิต, 2542)

ด้านจิตใจ

การติดเชื้อเอชไอวีนับเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรงมากของบุคคล เป็นความเครียดเรื้อรัง เพราะต้องเผชิญกับสภาพปัญหามากมายในการ นอกจากปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง การติดเชื้อเอชไอวียังส่งผลกระทบต่อด้านจิตสังคมได้อีกมากมาย (Flaskurud, 1987) เนื่องจากการรับรู้ของคนทั่วไป โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความรุนแรงเรื้อรัง น่ากลัว และเป็นแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย (WHO, 1990 ; Leapley & Kasselman, 1991) การติดเชื้อเอชไอวีจึงก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (Andrews & Novick, 1995 ; Mack, 1993) ในระยะแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการช็อค ปฏิเสธ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540 ; DiPasqual, 1990) มีอาการตกใจ สับสน ตื่นตระหนกและหวาดกลัว (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537 ; Gaskins & Brown, 1992) ในระยะต่อมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีการยอมรับสภาพการติดเชื้อเอชไอวี แต่ยังประสบกับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ยังมีความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด โทษตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม มีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวความรุนแรงของโรคและการสูญเสียชีวิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537; อัจฉรา ตันศรีรัตนวงศ์,

2541) นอกจากนี้ยังรู้สึกกลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น ขาดความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้คุณค่า ท้อแท้สิ้นหวัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้นำไปสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตายในที่สุด (ปียะรัตน์ นิลธัยกา, 2537 ; รจนา วิริยะสมบัติ, 2540 ; Flaskerud & Ungvarski, 1995) เบลคินและคณะ (Belkin, et al., 1992) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาการแสดงทางด้านร่างกายกับอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 881 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) และอาการแสดงทางด้านร่างกาย (physical symptoms) สามารถเป็นตัวทำนายความคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของอาการแสดงทางด้านร่างกาย

ด้านสังคม

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ความสามารถในการทำงานลดลง อาจมีการหยุดงานหรือออกจากงานที่ทำอยู่เดิม ซึ่งอาจจะลาออกเองหรือถูกไล่ออก การเปลี่ยนงานใหม่หรือการว่างงาน ต้องมีชีวิตอยู่อย่างผู้เจ็บป่วย ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ทำให้สูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวและเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้รับความช่วยเหลือ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัว ทำให้รายได้ลดลงในขณะที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกท้อแท้ สูญเสียพลังอำนาจและสิ้นหวังในที่สุด (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539 ; รจนา วิริยะสมบัติ, 2540 ; Carson, Soeken, Shanty & Terry, 1990)

ด้านจิตวิญญาณ

การติดเชื้อเอชไอวีนอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกัน เนื่องจากภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกห่อหุ้ม

ไว้ด้วยความลึกกลับน่ากลัวและความตาย และเป็นความตายที่ถูกประทับตราด้วยสัญลักษณ์ของคนไม่ดี จึงเป็นตราบาปเชิงซ้อนทำให้ไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของคนให้บุคคลรอบข้างรับรู้ พยายามหลีกเลี่ยงความจริง แยกตัว เก็บตัว (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2542) และยังมีความรู้สึกว่าการตายกำลังรออยู่ รู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถแสวงหาเป้าหมายของชีวิตที่มีความผาสุกได้ มีพฤติกรรมการแสดงออกถึงภาวะขาดการได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณ ในลักษณะที่แตกต่างกัน อาทิ การแสดงความไม่เข้าใจเกี่ยวกับความหมายของชีวิต การตายและ/หรือความเชื่อต่างๆ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) รวมทั้งยังมีความรู้สึกว่าการติดเชื่อเฮลไอวีเป็นการลงโทษจากพระผู้เป็นเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่างๆที่ตนเชื่อถือสรีรภาพต่อการประพฤติดศีลธรรมที่น่าละอายหรือเป็นบาป (Belcher, Dettmore & Holzemer, 1989) ดังนั้นผู้ติดเชื่อเฮลไอวีจึงเกิดความรู้สึกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ ต้องการการยอมรับความเป็นบุคคลว่ายังมีคุณค่า ต้องการสร้างความหวังในชีวิต ความเชื่อในศาสนาของตนเอง (Flaskerud, 1987) จากการศึกษาของ วิทซ์ (Weitz, 1989) เกี่ยวกับความไม่แน่นอนในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื่อเฮลไอวี พบว่า ในระยะ 4-6 เดือน หลังได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื่อเฮลไอวี ผู้ติดเชื่อเฮลไอวีสามารถปรับตัวได้ ยอมรับสภาพการติดเชื่อเฮลไอวีและมีโอกาสกลายเป็นโรคเอดส์ สามารถตั้งความหวังไว้ว่าตนจะมีสุขภาพปกติไปได้อีกนานพอสมควร บางรายรู้ว่าตนเองไม่สามารถรอดพ้นจากความตายและภาวะใกล้ตายได้จะแสวงหาที่พึ่งทางใจจากศาสนาเพิ่มขึ้น โดยเชื่อว่าศาสนาช่วยให้จิตใจสงบได้ นอกจากนี้ สมไล (Somlai, 1993 อ้างใน อัจฉรา ดันศรีรัตนวงศ์, 2541) ได้ศึกษาถึงการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื่อเฮลไอวี พบว่า ประกอบด้วยการปฏิบัติทางศาสนา (religions practice) ประสบการณ์หรือความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติทำให้ผู้ติดเชื่อเฮลไอวีมีการพัฒนาและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual growth and wellness) และมีวิธีการประคับประคองทางจิตวิญญาณของตน รวมทั้งรู้จักวิธีการเผชิญความตายอย่างสงบ

กล่าวโดยสรุป จากผลกระทบของการติดเชื่อเฮลไอวีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่า ผลกระทบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้และมีคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ต้องเผชิญกับสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและยังต้องเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรคหรืออนาคตที่ไม่อาจ

คาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องดำรงอยู่กับประสบการณ์ที่เจ็บปวด และทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ดังได้กล่าวมาแล้ว

แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตาย

ความหมายและความสำคัญของความตายและภาวะใกล้ตาย

แนวคิดเกี่ยวกับความตายและภาวะใกล้ตายนั้น เป็นการสรุปความคิดของบุคคลแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม ตามความสามารถของการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละคน ดังนั้นจึงได้มีผู้ให้ความหมายของ ความตายและภาวะใกล้ตายไว้แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมและนำเสนอ ดังนี้

ความหมายของความตาย

เมื่อพิจารณาความตายในแง่มุมต่างๆจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของความตายไว้แตกต่างกัน โดยพอจะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ความหมายของความตายทางการแพทย์ เป็นความหมายที่เป็นสากล คือ เป็นที่ยอมรับตรงกันว่า ความตาย หมายถึง การสิ้นสุดของชีวิต เป็นภาวะที่มีการหยุดการทำงานของระบบหายใจ ขณะบุคคลถึงแก่ความตายจะไม่หายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจหยุดเต้นไม่ทำงาน และ ระบบประสาทและสมองจะค่อยๆหมดความรู้สึก ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆอันเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต (สันต์ หัตถิรัตน์, 2521 ; นิภา ปวีณเกียรติคุณ, 2529 ; สิวลี ศิริโล, 2531 ; พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530, 2531 ; Dorland, 1981)

2. ความหมายของความตายทางสังคม ความเชื่อ และศาสนา เป็นความหมายตามการรับรู้ของบุคคลซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ตามความเชื่อ ศาสนา และค่านิยมในสังคมนั้นๆ เช่น

ศาสนาพุทธ ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธได้ให้ความหมายของความตายว่าเป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่ไม่สามารถฟื้นกลับมาได้อีก เป็นการจากไปอย่างถาวร ทุกคนต้องตายไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ (อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, 2532) และความตายจะเกิดขึ้นได้ต้องมีเหตุปัจจัย ชีวิตและ

ความตายมิได้สิ้นสุดเฉพาะภพนี้ ยังคงดำเนินสืบต่อไปตามกฎแห่งกรรมจนกว่าจะถึงนิพพาน (พัชรียา ไชยลังกา, 2534) นอกจากนี้การจุติ การแตกสลาย การหายไป การวายชีพ การแตกแห่งขั้นทั้งหลาย การทอดทิ้งร่าง การขาดแห่งอินทรีย์ คือ ชีวิตจากสัตว์นิกายนั้นๆ เรียกว่า ความตาย (พุทธทาสภิกขุ, 2527)

ศาสนาคริสต์ ให้ความหมายของความตายว่า เป็นการหยุดชีวิตที่เป็นผลจากการกระทำบาป (Hardt, 1979) โดยวิญญาณนั้นจะคงสภาพ “ชีวิต” ซึ่งต้องรับคำตัดสินให้รับรางวัลหรือถูกลงโทษตามผลสะสมแห่งการกระทำที่ทำด้วย “ความรัก” และ “การให้อภัย” ตามคำสั่งสอนของพระคริสต์ เมื่อตายไปแล้วก็จะได้ไปพบกับพระเจ้า ณ ดินแดนของพระองค์ (สุวรรณา สถาอานันท์, 2539)

ศาสนาอิสลาม ให้ความหมายของความตายว่า เป็นวาระที่วิญญาณและร่างกายถูกแยกออกจากกัน ร่างกายจะหมดหน้าที่ลงและแปรเปลี่ยนเป็นดินในที่สุด ส่วนวิญญาณจะดำเนินต่อไปในโลกสุสานเพื่อรอการฟื้นคืนชีพใหม่ในวันปรโลก (พัชรียา ไชยลังกา, 2534)

นอกจากนี้ เบเคอร์, แฮนนอน และ รัสเซลล์ (Baker, Hannon & Russell, 1982) ยังได้ให้ความหมายของความตายทั้งในมุมมองทางการแพทย์และทางสังคม โดยกล่าวถึง ความตายว่าเป็นการสูญเสียลักษณะของการมีชีวิตโดยสิ้นเชิง ได้แก่ หยุดการเคลื่อนไหวของสิ่งที่มีชีวิต สูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย วิญญาณได้ออกจากร่างกายไปโดยไม่หวนกลับมาอีก สูญเสียการรู้สติ และความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

กล่าวโดยสรุป ความตาย หมายถึง ภาวะที่ระบบหายใจ ระบบประสาทและสมอง และระบบไหลเวียนโลหิตหยุดทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ ไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ เป็นการสิ้นสุดของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ความหมายของภาวะใกล้ตาย

เคคและวอลท์เทอร์ (Keck & Walther, 1977) ให้ความหมายของภาวะใกล้ตายว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในระยะสุดท้าย มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปสู่อวัยวะอื่น รักษาไม่ได้หรือแพทย์รายงานการวินิจฉัยโรคว่า การดำเนินของโรคแยลง ร้ายแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษา ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้

สันด์ หัตถิรัตน์ (2521) กล่าวว่า ผู้ป่วยใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนักและ/หรือผู้ป่วยที่หมดหวัง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนัก (Serious ill patient) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่อวัยวะซึ่งจำเป็น

แก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ระบบไหลเวียนและระบบหายใจและผู้ป่วยที่หมดหวัง (Hopeless patient) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางจิตใจที่ไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและแก่ผู้อื่นได้อีก

เกลเซอร์และสทราสส์ (Glaser & Strauss, 1981 cited in Shusterman, 1973) ให้ความหมายของภาวะใกล้ตายว่า เป็นภาวะของผู้ป่วยที่หมดหวังในการรักษาชีวิตให้ยืนยาวด้วยการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ

กล่าวโดยสรุป ภาวะใกล้ตาย หมายถึง ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต รักษาไม่หาย หรือมีชีวิตไม่ยืนยาว โดยอยู่ในสภาพที่อวัยวะซึ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิตกำลังถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง

ความสำคัญของความตายและภาวะใกล้ตาย

ความตายเป็นธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตมนุษย์ เป็นสัจพจน์ที่เกิดขึ้นจากภายในร่างกายของมนุษย์เอง เป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ เป็นกฎธรรมชาติและเป็นวัฏจักรของชีวิตที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นปรากฏการณ์ของชีวิตที่มีความหมายเชิงลบ คือไม่ว่าจะพิจารณาความตายในแง่ไหน สำหรับคนทั่วไปแล้วย่อมเห็นว่าความตายเป็นสิ่งไม่ดีและไม่น่าพึงประสงค์ (ฉัญญา วาสิน, 2541) นอกจากนี้ความตายยังเป็นการสูญเสียที่อาจให้ประสบการณ์ชีวิตที่ลึกซึ้งและเจ็บปวดที่สุด ไม่ว่าจะเป็นความตายของตนเองหรือของผู้อื่น (ปาริชาติ สุขุม, 2539) ถึงแม้ว่าชีวิตกับความตายจะเป็นของคู่กัน แต่คนส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญของชีวิตขณะที่ละเลยความตาย จนบางทีก็ลืมไปว่าในที่สุดตนเองก็ต้องตาย (พระธรรมปิฎก, 2542) ดังนั้นการได้ตระหนักว่าความตายไม่มีขอบเขต ทำให้ประจักษ์ชัดว่าคนเราเกิดมาแล้วจะต้องตายทุกคน (Masso Hepp, 1990) แต่การเกิดและการตายเป็นประสบการณ์ส่วนตัวของแต่ละคนจึงไม่สามารถบังคับผู้อื่นให้มาประสบการณืแทนตนได้ (Levy, Dignan & Shirrefs, 1984 ; Kimmel, 1980)

แนวคิดเรื่องความตายของมนุษย์จะพัฒนาไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การได้เห็นกระบวนการตาย เห็นศพ หรือการได้มีส่วนร่วมในพิธีบรรพชาของ บิดามารดา ปู่ย่า ตายาย หรือเพื่อนบ้าน การได้ฟังหรือได้เห็น

การตายจากภาพยนตร์ ทีวี วิทยุ และหนังสือพิมพ์ ไม่ว่าจะเป็นความตายแบบธรรมชาติซึ่งเป็นเรื่องของความชราภาพหรือความตายแบบฆาตกรรมซึ่งอาจมีสาเหตุจาก การเจ็บป่วย ทูพพลภาพ อุบัติเหตุและอื่นๆ เหตุการณ์เหล่านี้จะช่วยให้เกิดการรับรู้และการเข้าใจถึงความหมายของความตายยอมรับเหตุผลของความตายที่เป็นจริง ในรูปแบบต่างๆตรงไปตรงมาและช่วยสร้างความเชื่อเรื่องความตาย เมื่อเด็กมีการพัฒนาเป็นผู้ใหญ่และมีโอกาสได้รับประสบการณ์ จะทำให้สามารถแยกบุคลิกภาพของตนเองได้ เข้าใจถึงธรรมชาติของความตาย กระบวนการเศร้าโศกและไม่หวาดกลัวต่อความตาย (Billings & Stokes, 1982) แต่บางคนจะยอมรับได้เฉพาะความตายของบุคคลอื่น ไม่อาจยอมรับความตายของตนเองได้ (Kimmel, 1980) ดังนั้น ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับความตายจึงมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการถูกคุกคามจากความตาย มีผลต่อความรู้สึกต่อความตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับความตาย (Leming & Dickinson, 1985)

ความกลัวเกี่ยวกับความตาย เกิดจากการกลัวสิ่งที่เราไม่รู้จัก เนื่องจากความตายเป็นความแน่นอนที่ไม่แน่นอน คนเรารู้ว่าความตายต้องเกิดขึ้นกับทุกคน แต่ไม่ทราบว่าจะตายไปแล้วชีวิตของตนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรและจะตายเมื่อไหร่ ความตายจึงมีความหมายยิ่งใหญ่สำหรับมนุษย์ แม้ทุกคนจะยอมรับว่าวันหนึ่งต้องตาย แต่โดยทั่วไปแล้วคนส่วนใหญ่ยังกลัวความตายอยู่ (Levy, Dignan & Shirrefs, 1984 ; Kimmel, 1980) ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับความตายมักเป็นความกลัวความทุกข์ทรมานจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวการพลัดพรากจากคนรัก กลัวเป็นภาระต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจ กลัวชีวิตหลังความตาย กลัวความเจ็บปวดในภาวะใกล้ตาย (Leming & Dickinson, 1990) กลัวไม่มีศักดิ์ศรีในภาวะใกล้ตายและกลัวการสิ้นสุดของชีวิต จากความกลัวดังกล่าวทำให้บุคคลไม่อาจยอมรับ และพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะใกล้ตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Leming & Dickinson, 1990 ; Kastenbaum, 1998)

ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย

ความตายเป็นสัจธรรมของชีวิตมนุษย์ เป็นกระบวนการธรรมชาติของชีวิต แต่คนส่วนใหญ่ไม่ชอบกล่าวถึงเรื่องความตายหรือไม่ประสงค์ให้ความตายเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเกิดกับใครก็ตาม นั่นอาจจะเป็นเพราะคนบางส่วนกลัวความตาย (อาภากรณ์ นาถประทาน, 2539) ดังนั้นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายของแต่ละคนจึงแตกต่างกันไป โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารต่างๆ พบว่า มีผู้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายไว้แตกต่างกันดังต่อไปนี้

อูเบโล-รอสส์ (Kubler-Ross, 1969) จิตแพทย์หญิงชาวสวิสเซอร์แลนด์ได้ศึกษาพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยเมื่อทราบว่าตนเป็นโรคร้ายแรง หมคหวังที่จะรักษาให้หายได้และต้องตาย บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาทางจิตใจ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ปฏิเสธและแยกตัว (denial and isolation) เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองกำลังจะตาย ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคือ เกิดอาการช็อค ตกใจอย่างรุนแรงและหลังจากนั้นจะปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยโรคหรือคิดว่ามีบางอย่างในการวินิจฉัยผิดพลาด เมื่อทำให้ความกลัวตายของตนเองลดลง บางคนอาจแยกตัวออกจากสังคม ไม่ยอมพูดเกี่ยวกับโรคร้ายแรง ไม่อยากเผชิญความจริงหรือไม่ต้องการให้ใครมายืนยันว่าตนเองต้องตายอย่างแน่นอน

ระยะที่ 2 โกรธ (anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความตายได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธมีทั้งดูร้าย อิจฉาริษยา ต่อต้านและมีคำถามอยู่ตลอดเวลา “ทำไมต้องเป็นฉัน” ซึ่งไม่มีใครสามารถตอบคำถามนี้ได้ ความโกรธที่เกิดขึ้นไม่ว่าด้วยสาเหตุใดจะกระจายไปรอบด้านโดยไม่เลือกว่าเป็นใคร อาจโกรธโชคชะตา วาสนา เพื่อน ครอบครัว คนรัก สังคม แพทย์ พยาบาลหรือจนกระทั่งโกรธตนเอง

ระยะที่ 3 ตอรอง (bargaining) ในระยะนี้มีช่วงเวลาสั้น ถ้าไม่สังเกตอย่างถี่ถ้วนมักจะมองไม่เห็นกลไกนี้อย่างชัดเจน ซึ่งมีลักษณะการตอรองของผู้ป่วยออกมาในรูปของคำพูดต่อไปนี้ “ฉันยังไม่อยากตาย” การตอรองจึงเป็นความคาดหวัง ความปรารถนา ความพยายาม ขอให้ตนมีชีวิตหรือวิงวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายที่ตนเชื่อ

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (depression) ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเหมือนชีวิตของตนได้สูญเสียไปหมดทุกอย่าง เช่น ความสวยงามของร่างกาย ตกงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนหรือคนรัก จะเกิดความรู้สึกห่อเหี่ยวและซึมเศร้าเข้ามาแทน ไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อยลง ชอบอยู่คนเดียว นอนไม่หลับ ตาเหม่อลอย ร้องไห้ นอกจากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าจากการสูญเสียสิ่งเหล่านี้แล้ว ยังอาจเศร้าโศกจากการเตรียมตัวที่จะอำลาจากโลกนี้

ระยะที่ 5 ยอมรับ (acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของตนเองในการยอมรับโดยความเข้าใจในธรรมชาติแห่งชีวิต ยอมรับสภาพของตนเองได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความเศร้าโศกหรือโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง ผู้ป่วยจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย บางคนจะบอกว่าเขาพร้อมที่จะตายแล้วและสามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกที่เคยมีออกมาให้ฟังได้ ในระยะของการยอมรับนี้ผู้ป่วยจะไม่มีความหวังใดๆ ดูสงบ ไม่เรียกร้อง ไม่กระวนกระวาย การต่อสู้ดิ้นรนก็หมดไป เป็นระยะที่ต้องการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยใกล้ตายจะเริ่มพบกับความสงบทางจิตใจและยอมรับ ความสนใจของเขาจะหยุดเพียงนั้น ผู้ป่วยบางคนต้องการอยู่คนเดียวและบางครั้งไม่ต้องการที่จะรู้ข่าวความเคลื่อนไหว หรือปัญหาภายนอกและอาจมีกล่าวคำอำลาเป็นครั้งสุดท้าย

จากการศึกษาของ คูเบล-รอสส์ พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับการตายและมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังจนกระทั่งเสียชีวิต ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตามที่เขาเลือกเผชิญกับความตาย ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายจะต้องตายนี้ ไม่ใช่ทุกคนจะผ่านขั้นตอนดังกล่าวทุกราย บางคนอาจเริ่มต้นจากระยะโกรธและแยกตัวมาสู่ระยะการยอมรับได้ก็มี

ไวส์แมน (Weisman, 1985) จิตแพทย์แห่งวิทยาลัยแพทยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวว่าขั้นตอน ระยะและมิติของความเจ็บป่วยที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตนั้น จะเป็นไปตามปัจจัยทางจิตสังคม และระยะของโรค โดยแบ่งปฏิกิริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายไว้ 4 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก ระยะของการมีชีวิตด้วยความทุกข์ (existential plight) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากเต็มไปด้วยปัญหาของการดำรงชีวิต ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นคือ ตกตะลึง ช็อค เมื่อทราบและต้องเผชิญโดยไม่คาดหมายกับการที่จะต้องตาย หรือเมื่อทราบถึงความอ่อนแอของร่างกายตนเอง

ระยะที่สอง ระยะสงบและพัก (phase of accommodation) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นหลังได้รับการรักษาเบื้องต้น ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรค หรืออาการลดลงชั่วคราว เป็นระยะที่ผู้ป่วยลดความกระวนกระวาย คลายความตกใจและเริ่มปรับตัว สามารถกลับไปมีกิจกรรมตามปกติได้ ในระยะนี้ความรู้สึกถูกคุกคามจากความตายได้ลดลง อาจมีการปฏิเสธความเจ็บป่วยบ้างแต่ไม่รุนแรงถึงกับเกิดปัญหา

ระยะที่สาม ระยะเสื่อมและระยะถดถอย (decline and deterioration) ในบั้นปลายของชีวิต เมื่อความเจ็บป่วยกลับรุนแรงขึ้นอีกครั้ง หลังจากที่ไม่มีอาการมานานระยะหนึ่ง ปฏิกริยาของผู้ป่วยตอนแรกอาจรู้สึกแปลกใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ปฏิเสธความเจ็บป่วยแต่แรก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็เข้าใจดีว่า สักวันหนึ่งอาการของโรคจะกำเริบรุนแรงและการรักษาที่เพียงทำให้ดีขึ้นในช่วงสั้นๆ พลั้งของการมีชีวิตก็จะลดลงเรื่อยๆ ระยะนี้ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะดำเนินต่อไปไม่สามารถจะหยุดยั้งได้ ทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตายอย่างจริงจังมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดิ้นรนเพื่อการรักษาสภาพเดิมของผู้ป่วยก็ยังมีอยู่ ถึงแม้ต้องเผชิญกับภาวะเสื่อมลงของทั้งร่างกายและจิตใจ

ระยะสุดท้าย ระยะก่อนสุดท้ายและระยะสุดท้าย (preterminal and terminality) เป็นระยะที่การตอบสนองต่อการรักษาลดลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยตระหนักถึงเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัดและลดความคาดหวัง ลดเป้าหมายหลายๆอย่างที่เคยมีมา เป็นระยะที่รอคอยความตาย ซึ่งไม่อาจทำนายได้ว่าความตายจริงๆจะเกิดขึ้นเมื่อใด

จากการศึกษาของไวส์แมน พบว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย จะเป็นไปตามระยะ ความรุนแรงและผลการรักษาของโรค โดยเริ่มจากการเผชิญกับความเจ็บป่วย

และความตายโดยไม่ได้คาดหมาย ต้องแสวงหาการรักษาจนกระทั่งตระหนักถึงเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัด

เอ็นเจล (Engel, 1964) กล่าวว่า ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตาย จะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศกและสูญเสีย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ช็อกและไม่เชื่อ (shock and disbelief) เมื่อบุคคลทราบว่าการสูญเสียเกิดขึ้นจะมีอาการงงววย มึนงงและปฏิเสธไม่ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่แสดงความคิดหรือความรู้สึกที่แท้จริงเรื่องความตาย

2. การตระหนักถึงความสูญเสีย (developing awareness of the loss) การตระหนักถึงความสูญเสียจะนำมาสู่ความเจ็บปวด ความขมขื่นและความเศร้าโศกอย่างมากมาย เมื่อไม่มีหนทางที่จะให้การช่วยเหลือได้อีกต่อไป ความสิ้นหวังและความวิตกกังวลจะเกิดขึ้น มองสิ่งแวดล้อมด้วยความไม่สมหวัง ว่างเปล่า ปราศจากสิ่งที่มีคุณค่าไร้ความหมาย ความไม่สมหวังที่เกิดขึ้นจะเป็นหนทางนำไปสู่ความโกรธ ก้าวร้าวต่อทุกสิ่ง ในระยะนี้ผู้สูญเสียมีความรู้สึกอยากเรียกร้องให้และต้องการการปลอบโยนจากผู้อื่น

3. การกลับคืนสู่สภาพ (restitution) ในระยะนี้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงสภาพเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เริ่มยอมรับและพยายามแสวงหาแนวทางแก้ไข ในระยะนี้ศาสนาและพิธีกรรมทางศาสนาจะช่วยให้ความโศกเศร้าจากความสูญเสียลดลง การช่วยเหลือประคับประคองทางจิตใจจึงมีความสำคัญยิ่ง

จากการศึกษาของเอ็นเจล พบว่า ผู้ป่วยจะแสดงออกทางความรู้สึกตามการได้รับความช่วยเหลือและการแสวงหาแนวทางแก้ไขต่อการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายที่เกิดขึ้น

กล่าวโดยสรุป ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายของบุคคลในระยะแรกจะมีการปฏิเสธ ช็อก ตกตะลึงและรู้สึกโกรธ ต่อมาเริ่มตระหนักถึงความสูญเสีย เกิดความรู้สึกซึมเศร้า เศร้าโศก ขมขื่น ความรู้สึกถูกคุกคามจากความตายเริ่มลดลงและเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือยอมรับ จะไม่มีความเศร้าโศกหรือโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง ตระหนักถึงเวลาที่เหลืออยู่อย่างจำกัด เริ่มพบกับความสงบทางจิตใจและอาจมีการกล่าวคำอำลาเป็นครั้งสุดท้าย นอกจากนี้ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตายและภาวะใกล้ตายเกิดขึ้นไม่เป็นลำดับต่อเนื่อง บางคนอาจไม่ผ่านหรือไม่มีบางระยะและบางคนพบปฏิกริยากลับไปกลับมา เช่น ซึมเศร้าแล้วยังกลับมาปฏิเสธความเจ็บป่วยได้อีก เป็นต้น ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะยอมรับความตายหรือไม่ในส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเตรียมตัวและการช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว (นิภา ปวีณเกียรติคุณ, 2529)

การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย

การเตรียม หมายถึง จัดแจงไว้ให้พร้อม จัดหรือทำไว้ล่วงหน้า (พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2530, 2531) การเตรียมพร้อม จึงหมายถึง การวางแผนในระยะเริ่มต้นทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาในการศึกษาสิ่งต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันเวลา (Hornby & Wakefield, 1968)

การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย (preparing for death and dying) หมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเองและบุคคลใกล้ชิด คอรั เนบี และ คอรั (Corr, Nabe & Corr, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า รูปแบบกิจกรรมพื้นฐานการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย (A Task-Based Model for Coping with Dying) เป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการในการเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายเหมือนกับการทำกิจกรรมทั่วไป ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่ใช่แค่ความต้องการ (need) แต่เป็นความพยายามที่จะกระทำของผู้ที่กำลังเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตาย โดยเฉพาะสิ่งที่เขาต้องการทำให้สำเร็จ รวมถึงสิ่งที่ผู้อื่นต้องการทำเพื่อช่วยเหลือผู้ที่กำลังเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายด้วย ซึ่งก็มีความสำคัญแต่ต้องรองจากสิ่งที่ผู้ที่กำลังเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายต้องการทำ ถึงแม้ว่าอาจจะเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เช่น ในกรณีที่อยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (psychological) สังคม (social) และจิตวิญญาณ (spiritual) เนื่องจากคอรั เนบีและคอรั ได้ให้ความหมายและแนวคิดในแต่ละด้านไว้พอสังเขป ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในแต่ละด้านเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถเป็นแนวทางในการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างคนไทยได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การเตรียมด้านร่างกาย

การเตรียมด้านร่างกาย หมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายที่สัมพันธ์กับความต้องการและความผิดปกติทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือ ความต้องการพื้นฐานของร่างกายเป็นส่วนสำคัญ ในการคงไว้ซึ่งสภาพทางชีววิทยาและการทำงานของร่างกายโดยมาสโลว์ (Maslow, 1971 cited in Corr, Nabe & Corr, 1997)

แสดงให้เห็นว่า ความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะพัฒนาไปสู่ความต้องการขั้นสูงต่อไป ความคิดปกติด้านร่างกายต้องได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม เช่น เป็นการยากที่บุคคลที่ประสบกับความเจ็บปวด คลื่นไส้หรืออาเจียนอย่างรุนแรง จะมีสภาพทางจิตสังคมหรือจิตวิญญาณที่ดี ดังนั้นการเตรียมทางด้านร่างกายต้องพยายามให้สัมพันธ์กับความต้องการและความผิดปกติของร่างกาย อย่างไรก็ตาม มนุษย์เราสามารถที่จะเลือกปฏิบัติต่อความต้องการของร่างกายและความคิดที่เกิดขึ้นได้ตามค่านิยมของตนเอง เช่น การทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเพื่อให้เกิดคุณค่าทางจิตวิญญาณและการเสียสละตนเองเพื่อปกป้องคนที่ตนรัก ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายอาจเลือกที่จะยอมรับความเจ็บปวดทรมานหรือความไม่สบาย เพื่อจะได้นอนพักอยู่ที่บ้านมากกว่าที่จะเข้าไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานการดูแลที่สูงกว่า เนื่องจากที่บ้านจะมีคนคอยดูแลและไม่รู้สึกกลัวที่จะต้องนอนคนเดียวโดยไม่มีใครสนใจเป็นชั่วโมงๆ (Corr, Nabe & Corr, 1997) ดังนั้นการเตรียมด้านร่างกายจึงประกอบไปด้วย การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การระบุญาติผู้ที่จะดูแลตนเองเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระยะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การระบุผู้ที่จะเป็นตัวแทนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา หากตนมีอาการสับสน (Kramer, 1998) การเตรียมยอมรับความเจ็บปวดทรมานหรือความไม่สบาย (พระธรรมปิฎก, 2542 ; Corr, Nabe & Corr, 1997)

การเตรียมด้านจิตใจ

การเตรียมด้านจิตใจ หมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้า สำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าคุณจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายเกี่ยวกับความรู้สึกให้เกิดความอิสระและความมั่นคงทางจิตใจ การเตรียมด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งอีกอย่างหนึ่งในการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย เป็นการดูแลด้านจิตใจให้เป็นอิสระและมั่นคง ผู้ที่กำลังเผชิญกับความตายและภาวะใกล้ตายต้องการความรู้สึกมั่นคง แม้ว่าอยู่ในสถานการณ์ที่อาจจะไม่ปลอดภัยนัก ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระให้นานตราบนานเท่าที่จะเป็นไปได้ ความหมายของความอิสระ คือ ความสามารถที่จะดูแลหรือควบคุมชีวิตของตนเองได้ แต่ในความเป็นจริงไม่มีใครที่จะควบคุมชีวิตของตนเองได้ทั้งหมด คนเรามีขีดจำกัดและต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ สำหรับบุคคลโดยทั่วไปแล้วความอิสระเป็นสิ่งสำคัญในการปกครองตนเอง บางคนปรารถนาที่จะเลือกตัวแทนที่จะมาเป็น ผู้ตัดสินใจสิ่งต่างๆแทนตัวเอง ส่วนคนอื่นๆอาจจะขอให้ผู้อื่นช่วยตัดสินใจ ในขณะที่บางคนอาจจะขอจัดการกับร่างกายของตัวเองจากแพทย์ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้คนส่วนใหญ่แล้วจะประสบความสำเร็จในการปกป้อง

ความรู้สึกและช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นอิสระทางด้านจิตใจในขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้นการเตรียมด้านจิตใจจึงประกอบไปด้วย การค้นหาความผาสุกที่มีผลต่อจิตใจ ด้วยการรับประทานอาหารที่ชอบหรือจิบไวน์กับเนื้อเพียงเล็กน้อย เตรียมตัณหา ใช้ครีมอาบน้ำที่ชอบและสวมชุดที่อบอุ่น (Corr, Nabe & Corr, 1997) หรือการพูดระบายความรู้สึกต่างๆที่อยากพูดหรือบอกถึงสิ่งที่ตนต้องการ เช่น การระบายความรู้สึกผิด ความทุกข์ และความกลัวต่างๆเกี่ยวกับความตาย (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541 ; ทศนีย์ ทองประทีป, 2539 ; Kramer, 1998) การระบุคนบางคนให้อยู่ด้วยขณะเสียชีวิต (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2541) รวมทั้งพูดคุยความในใจที่ต้องการพูดกับญาติพี่น้องและที่สำคัญคือ สามารถพูดคุยเรื่องความตายได้ (Finn, 1979) เป็นต้น

การเตรียมด้านสังคม

การเตรียมด้านสังคม หมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าตนจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว การงาน การเงิน ความเป็นอยู่ทั่วไปและกฎหมาย การเตรียมด้านสังคม ควรพิจารณาในประเด็นเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม โดยการสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพในสังคมกับบุคคลอื่น ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมุ่งความสนใจไปที่บุคลิภาพของตนเองและการรับรู้จำนวนคนที่มีความสำคัญในชีวิตของพวกเขา เช่น ความเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล บางคนอาจบังคับให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลยอมรับการตัดสินใจเกี่ยวกับความตายของตนเองที่กำลังจะมาถึง (Corr, Nabe & Corr, 1997) ดังนั้นการเตรียมด้านสังคมจึงประกอบไปด้วย การเตรียมเงินสำหรับใช้จ่ายเกี่ยวกับงานศพของตนเอง (พยอม อิงคนานูวัฒน์, 2523 ; Corr, Nabe & Corr, 1997) ทำพินัยกรรมหรือจัดการเรื่องทรัพย์สิน การสั่งเสียพิเศษบางอย่างเป็นการตระเตรียมไว้ในภายหลังที่ตนเสียชีวิตแล้ว เช่น ตัดสินใจเลือกสถานที่สุดท้ายหรือเลือกสถานที่ที่ปรารถนาจะตาย (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2541 ; Corr, Nabe & Corr, 1997 ; Billings & Stokes, 1982 ; Finn, 1979 ; Wanta, 1998 ; Kramer, 1998) การระบุสถานที่บรรจุศพ การทำประกันชีวิต (Finn, 1979) การบอกกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทว่าตัวเองอยู่ในภาวะใกล้ตาย (Connections computer software, 2000) การเขียนบันทึกเรื่องราวส่วนตัวบางอย่างหรือคำสั่งเสียแก่ญาติ บุตร ภรรยา (ธรรณิทธิ์ กองสุข, 2541 ; Finn, 1979 ; Wanta, 1998) การเตรียมการช่วยเหลือครอบครัวภายหลังจากที่ตนเสียชีวิต (Kramer, 1998) การจัดการงานที่ค้างค้าง การจัดการเรื่องหนี้สิน (พยอม อิงคนานูวัฒน์, 2523 ; Wanta, 1998) การเตรียมแผนสำหรับคู่ชีวิต บุตร และญาติในบ้าน การปรึกษาสนทนาและวางแผน

เกี่ยวกับพิธีศพของตนเองร่วมกับญาติในบ้าน (ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, 1999 ; Wanta, 1998) และการเขียนชีวประวัติของตนเอง (Bee, 1998) การเขียนบันทึกเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ควรจำ (Wanta, 1998) เป็นต้น จากการสำรวจในผู้ป่วยของกาลิสและเรย์โนลด์ (Kalish & Reynolds', 1976 cited in Bee, 1998) พบว่า ในช่วงอายุ 20-29 ปี มีเพียง 10% ที่ทำพินัยกรรมไว้ก่อน ในขณะที่วัย 60 ปีขึ้นไปมีการทำพินัยกรรมไว้ก่อนถึง 39% แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับงานศพและพิธีฝังศพไว้ก่อนที่ความตายจะมาถึง และจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการที่จะทราบว่าตัวเองจะตายเมื่อไหร่และต้องการให้แพทย์เป็นคนบอกหรือไม่ของฟินน์ (Finn, 1979) เกี่ยวกับการเตรียมพร้อมสำหรับความตาย พบว่า ผู้ป่วยมีการเตรียมเกี่ยวกับการประกันชีวิต 70% พินัยกรรม 50% สถานที่ฝังศพ การพูดคุยกับญาติพี่น้อง การเขียนบันทึกสิ่งเสียและการวางแผนเกี่ยวกับพิธีศพอย่างละ 25%

การเตรียมด้านจิตวิญญาณ

การเตรียมด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายเกี่ยวกับความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ การเตรียมด้านจิตวิญญาณสำหรับความตายและภาวะใกล้ตายควรสนใจเกี่ยวกับแหล่งของจิตวิญญาณและความหวัง บางคนอาจจะค้นหาแหล่งของจิตวิญญาณจากพระเจ้า จากอิทธิพลเหนือธรรมชาติหรือจากค่านิยมส่วนบุคคล ซึ่งมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดคา (Doka, 1993 cited in Corr, Nabe & Corr, 1997) กล่าวว่า กิจกรรมด้านจิตวิญญาณสำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายควรประกอบด้วย การค้นหาความหมายในชีวิต การตายที่เหมาะสมสอดคล้องกับเอกลักษณ์ของตนเองและการค้นหาความหวัง ทั้งหมดนี้เป็นกิจกรรมที่ได้รับการยอมรับและมีความสำคัญทางด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ในการสนับสนุนให้เกิดความหวัง (Corr, Nabe & Corr, 1997) การตอบสนองด้านจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีความสุขนั้นเป็นความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องการปฏิบัติตามหลักความเชื่อ หลักศาสนาหรือได้รับการให้อภัยในโอกาสสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การเตรียมด้านจิตวิญญาณจึงประกอบด้วย การปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การทำบุญ ตักบาตร การอุทิศบุญกุศลให้กับผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว การขอโทษกรรมจากผู้ที่ตนเคยคิดร้ายหรือกระทำไม่ดี การทำพิธีตามความเชื่อ เป็นต้น (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2539 ; Kramer, 1998) การทำความเข้าใจในเรื่องชีวิตและความตาย (ประสาน ต่างใจ, 2539) การขอโทษ ขออภัยในเรื่องที่เคยกระทำผิดต่อคนอื่น (ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, 1999) การเตรียมพิธีบรรพศพ (Billings & Stokes, 1982 ;

Finn, 1972) หรือการเตรียมวางแผนเกี่ยวกับพิธีศพ (Corr, Nabe & Corr, 1997 ; Billings & Stokes, 1982 ; Finn, 1979 ; Wanta, 1998) การค้นหาความหมายในชีวิต การทำความเข้าใจและตีความเกี่ยวกับความตาย การกล่าวคำอำลา (Corr, Nabe & Corr, 1997 ; Wanta, 1998 ; Stetz & Brow, 1997) การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต (ปาริชาติ สุขุม, 2539) การยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ (พระธรรมปิฎก, 2542) การเตรียมเชิญผู้นำทางศาสนาทำพิธีจะสนใจ การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและความหมายของชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) การใช้เวลาที่เหลืออยู่โดยคิดและเรียนรู้เรื่องความตาย และการกล่าวคำอำลา (Corr, Nabe & Corr, 1997 ; Bee, 1998) เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้หรือหมดหวังจากการหายของโรค หรือผู้ป่วยใกล้ตายเป็นผู้ที่ต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการเตรียมพร้อมในการเผชิญภาวะใกล้ตายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีและในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย ของคอร์ร เนบีและคอร์ร (Corr, Nabe & Corr, 1997) เป็นแนวคิดหลักในการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย

ในภาวะใกล้ตายผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย มีดังต่อไปนี้

1. ทศนคติต่อความตายและภาวะใกล้ตาย

โดยทั่วไปคนส่วนใหญ่จะกลัวความตาย กลัวว่าจะต้องทนทุกข์ทรมานกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป กลัวการพลัดพรากจากคนที่ตนรัก กลัวที่จะต้องเผชิญกับสิ่งที่ตนไม่เคยประสบมาก่อน ด้วยความกลัวดังกล่าวนี้ มนุษย์จึงใช้กลไกต่างๆ เพื่อจัดการความกลัวให้หมดไป เช่น ปฏิเสธไม่ยอมรับความตาย โดยพยายามบอกกับตนเองว่ายังไม่ถึงเวลาที่จะเกิดขึ้นกับตนหรือบางคนก็พยายามมองความตายในแง่ดี โดยบอกกับตนเองว่าชีวิตนี้ลำบากนัก การตายจะทำให้พ้นจากความทุกข์ต่างๆ จะได้ไปสวรรค์ ไปอยู่กับคนที่ตนรัก หรืออยู่กับพระเจ้า (สุวทนา อารีพรค, 2527) ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าตนเองอยู่ในภาวะใกล้ตายหรือมีประสบการณ์ของการเผชิญกับภาวะใกล้ตาย จะส่ง

ผลต่อการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันออกไป บางรายพยายามต่อรองเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว พยายามหาวิธีที่จะรักษาชีวิตให้ยาวนานที่สุดหรือเรียนรู้การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า พยายามหาความสุขที่แท้จริงในชีวิต และบางรายสามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้นและเกิดทัศนคติที่ดีต่อความตาย (ขวัญตา บาลทิพย์, 2542) นอกจากนี้ ซาบอม (Sabom, 1982 cited in Dougerty, 1990) ได้รวบรวมผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลเผชิญกับภาวะใกล้ตายจากผู้ให้ข้อมูล 116 คน พบว่า ผลกระทบดังกล่าวช่วยลดความวิตกกังวลต่อความตาย เกิดการพัฒนาทัศนคติต่อความตายไปในทางที่ดี เกิดการยอมรับทั้งการมีชีวิตและความตาย เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต พยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกของตนเองในชีวิตที่เหลืออยู่

2. วัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อ

วัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติและความมีคุณค่าของชีวิต บุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตายอาจเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน วัฒนธรรมจะช่วยให้เกิดการยอมรับความสูญเสียและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น เช่น ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา การดำเนินชีวิตของตน จุดหมายของชีวิต ความรู้สึกว่าเป็นชีวิตที่ดีและชีวิตภายหลังการตาย ตามความเชื่อ ค่านิยม วิญญาณและวัฒนธรรมของตน นอกจากนี้ วัฒนธรรมมีการตอบสนองต่อความตาย การตีความหมายในเรื่องของความตายให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น การทำพิธีศพ การไว้ทุกข์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของศาสนาและสิ่งเหล่านี้ยังส่งผลถึงการรับรู้ต่อความตาย (ระวีวรรณ ชุ่มพฤษ, 2528) ศาสนายังสอนให้บุคคลยอมรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับภาวะหลังการตาย (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อในศาสนาอย่างเคร่งครัดก็อาจจะเห็นความตายเป็นลักษณะของชีวิตและเป็นธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน (อาภาภรณ์ นาดประทาน, 2539) ดังนั้นการนับถือศาสนาที่ต่างกันอาจทำให้บุคคลมีมโนทัศน์ต่อความตายที่แตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อการยอมรับความตายของบุคคลนั้นได้ ฮอลล์ (Hall, 1994) ได้ศึกษาถึงวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและสามารถเผชิญกับการมีชีวิตอยู่อย่างผู้ป่วยระยะสุดท้าย ศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 10 ราย พบว่า ศาสนาสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตและทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายหรือมีทัศนคติที่ดีต่อสถานการณ์วิกฤต เช่น ผู้ป่วยเอดส์รายหนึ่งบอกว่า ศาสนาเป็นสิ่งเดียวที่ได้ช่วยเหลือในขณะที่ยกคิดว่ากำลังจะตาย และจากการศึกษาของพัชรียา ไชยลังกา (2534) เกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้มีสุขภาพดี จำนวน 140 ราย และผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 100 ราย พบว่า แนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเรื้อรังที่นับถือศาสนาอิสลาม มีลักษณะการแสดงออกค่อนข้างสูง ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์มีการแสดงออกใกล้เคียงกัน อาจเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายและความพร้อมที่จะเผชิญกับความตายไม่แตกต่างกัน

สำหรับบุคคลที่มีความเชื่อตามลัทธิศาสนาก็จะแสดงออกถึงความต้องการให้นักบวชทางศาสนา มาเยี่ยม เพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนาให้หรือต้องการรับศีลรับพรตามศาสนาของตน เพื่อสร้างความมั่นใจให้ตนเองสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ ศาสนาจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ นำไปสู่วิถีชีวิตที่ดีและช่วยในการเตรียมเกี่ยวกับชีวิตหลังความตาย (Robbin & Moscrop, 1995)

3. ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย

การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายถือว่าเป็นพื้นฐานสำคัญ ในการเรียนรู้ธรรมชาติของชีวิตเกี่ยวกับความตาย เพิร์ลมันท์เทอร์และฮอลล์ (Perlmutter & Hall, 1985) กล่าวว่า แนวความคิดเรื่องความตายของมนุษย์จะพัฒนาไปตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การได้รับประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความตาย คือ การได้เห็นและได้ใกล้ชิดกับกระบวนการตายของบิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือเพื่อนที่มีความผูกพันใกล้ชิด จะก่อให้เกิดการนึกถึงถึงความตายของบุคคล ยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องจริง และสามารถเตรียมตนเองให้พร้อมที่จะเผชิญกับความตายได้ (Billings & Stokes, 1982) เช่นเดียวกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ของชวัญตา บาลทิพย์ (2542) พบว่า การได้รับความทุกข์ทรมานและการเห็นเพื่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้ยอมรับความตายได้ดีกว่าผู้ที่มีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วและขาดประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย และจากการศึกษาของมิลตัน (Milton, 1984) เกี่ยวกับความสนใจของนักศึกษาพยาบาลปีสุดท้ายเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตาย พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายในครอบครัวมีผลต่อความสนใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยใกล้ตายในทางบวก ดังนั้น ประสบการณ์เกี่ยวกับความตายจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการยอมรับความตายทั้งของตนเองและผู้อื่น

4. ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายของบุคคล เนื่องจากทั้งผู้มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วยต่างก็มีความรู้สึกได้ทั้งการยอมรับและปฏิเสธต่อความตายที่จะเกิดขึ้น ผู้ที่มีสุขภาพดีจะคิดคำนึงถึงความตายของผู้ที่มีความผูกพัน เช่น คิดถึงความตายของบิดา มารดา หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง คู่สมรส บุตรและเพื่อน ซึ่งการคิดเหล่านี้จะเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาสั้นๆ โดยบุคคลที่มีสุขภาพดีสามารถพูดถึงความตายของตนเองได้ แต่ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจริงเมื่อต้องเผชิญกับความตายแตกต่างไปจากที่คิด ส่วนผู้เจ็บป่วยมักจะมีความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับความตายที่เกี่ยวข้องกันระหว่างปัจจุบัน อนาคต และอดีต บางครั้งยอมรับความเจ็บป่วย บางครั้งปฏิเสธ คิดว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรม มีการเศร้าโศก ตกใจ กลัวและสิ้นหวัง (Castles & Murray, 1979) ส่วนชัสเตอร์แมน (Shusterman, 1973)

กล่าวว่า การเจ็บป่วยเล็กน้อยๆเป็นครั้งคราวในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่งจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายแตกต่างไปจากกลุ่มผู้มีสุขภาพดีโดยทั่วไป นั่นแสดงให้เห็นว่า ผู้มีสุขภาพดีบางคนอาจสามารถเตรียมตัวและจัดการกับเรื่องความตายของตนได้ บางคนอาจยอมรับความตายของบุคคลอื่น แต่ปฏิเสธความตายของตนเอง (พัชรียา ไชยลังกา, 2534) ในขณะที่เดียวกันผู้ที่เจ็บป่วยบางคนอาจเพิกเฉยต่ออาการแสดงของโรค เพราะกลัวที่จะยอมรับความจริงว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความตายได้ (Levy, Dignan, & Shirrefs, 1984) ผู้ที่เจ็บป่วยเหล่านี้จึงพยายามไม่พูดถึงเรื่องความตาย (Kimmel, 1980) ส่วนในผู้ที่เจ็บป่วยที่ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชีวิต จะให้ความสนใจที่จะจัดเตรียมงานสำหรับความตายมากกว่าสนใจเรื่อง ความตาย (McMahon & McMahon, 1986)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว

ความตาย เป็นการสูญเสียที่ก่อให้เกิดความเศร้าโศกทั้งต่อบุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและบุคคลที่มีชีวิตอยู่ (Kubler-Ross, 1969) โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย หากเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสมบูรณ์และมีความภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมา ก็มักจะไมเกรงกลัวต่อความตาย และคนที่อยู่ท่ามกลางครอบครัวที่อบอุ่นและมีความสุขก็จะยอมรับความตายได้อย่างสงบ ตรงกันข้ามกับคนที่ตลอดชีวิตมีแต่ความล้มเหลวและผิดหวัง หรือมีชีวิตอยู่ท่ามกลางความเหงาและว้าเหวี่ก็จะกลัวความตายและยอมรับความตายได้ยาก ดังนั้นการได้รับการดูแลประคับประคองจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวและญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการสูญเสียและความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น รวมทั้งร่วมกันวางแผนงานสำหรับความตายที่จะเกิดขึ้นได้ (นิตยา สมบัติแก้ว, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา บาลทิพย์ (2542) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่รอดพ้นจากความตายมาได้จะขอทดแทนพระคุณก่อนตาย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบางรายมีสถานภาพเป็นลูก มีหน้าที่ทดแทนบุญคุณพ่อแม่ ผู้มีพระคุณ หรือทำให้พ่อแม่สบายใจก่อนตาย และในส่วนของการเตรียมตัวตาย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการสะสางภาระกิจให้เสร็จก่อนตาย เช่น ผู้ที่มีสถานภาพของลูกจะเร่งทำภาระกิจ ทำบัพบาทของลูกให้เสร็จก่อนตาย ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่เสร็จถ้าตายก็จะไม่ห่วงและตายด้วยความสงบ สำหรับการเตรียมตัวตายในสังคมวัฒนธรรมสมัยก่อน ผู้ตายมักแสดงความปรารถนาขอตายที่บ้านท่ามกลางลูกหลานและญาติสนิทหรือพระ ซึ่งเป็นการเตรียมตัวไว้ก่อนตาย มีการบอกถึงความต้องการของตนเองก่อนตายและจะมอบหมายทรัพย์สินสมบัติ หน้าที่การงาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไปของคนในครอบครัว เป็นการปฏิบัติภาระต่างๆและหลังจากกล่าวคำอำลาแก่ทุกคนแล้ว ผู้ตายจะรอคอยความตายด้วยความสงบ บรรยาการปราศจากความวังเวงและเศร้าหมอง เป็นการตายอันอบอุ่น แสดงให้เห็นถึงการยอมรับกับความจริงของชีวิตของผู้ที่กำลังจะตายและครอบครัว ตลอดทั้งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ที่จะตายและผู้ที่มีชีวิตอยู่ (สง่า ลือชาพัฒน์พร, 2534)

6. อายุ

อายุมีส่วนสำคัญต่อทัศนคติต่อความตาย บุคคลในแต่ละวัยจะมีทัศนคติต่อความตายแตกต่างกัน โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากในการพัฒนาความคิดเกี่ยวกับความตาย ดังเช่นที่พุนศรี สายแก้ว (2538) กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีอายุน้อยรับรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่อยู่ไกลตัว แต่เมื่ออายุมากขึ้นรับรู้ถึงความตายเริ่มใกล้เข้ามา จากการเห็นการตายของพ่อแม่ ของเพื่อน เช่นเดียวกับที่ ฮินตัน (Hinton, 1972 cited in Belcher, et al., 1989) กล่าวไว้ว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้นย่อมมีโอกาสได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังคิดว่าความตายเป็นหนทางหนึ่งของชีวิต พวกเขาจะคิดถึงสถานการณ์ต่างๆ ในโลกมากกว่าที่จะคิดถึงเรื่องความตาย แต่พวกเขาก็พร้อมที่จะพูดคุยกันเกี่ยวกับความตายในบางเวลา นอกจากนี้คอร์รั เนบีและคอร์รั (Corr, Nabe & Corr, 1997) ยังได้กล่าวไว้ว่าการเผชิญกับความตายในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเป็นการเพิ่มประสบการณ์เกี่ยวกับความตายให้มากยิ่งขึ้น โดยการตระหนักถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับความตายว่า คนเราสามารถตายได้ทุกเวลาและจะต้องตายในวันใดวันหนึ่ง คนส่วนใหญ่จึงคิดว่าควรจะมีการวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับความตาย (Hinton, 1974)

7. การศึกษา

การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีทักษะในการแก้ไขปัญหา การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ การใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ในหลายรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Muhlenkamp & Sayles, 1986) นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender, 1982) ยังได้กล่าวไว้ว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญทางสติปัญญา มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของตนได้ดีเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยและยังแสวงหาความรู้เพื่อศึกษาข้อมูลและทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการศึกษาจะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจและเรียนรู้เรื่องความตายที่เป็นจริงได้ (McMahon & McMahon, 1982) เปริลมัทเตอร์และฮอลล์ (Perlmutter & Hall, 1985) ได้กล่าวไว้ว่า คนที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะมีสถิติการเจ็บป่วยสูงและมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำส่งผลให้มีอัตราการตายสูง เนื่องจากขาดความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองให้หายจากโรคได้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย ขึ้นอยู่กับทัศนคติต่อความตายและภาวะใกล้ตาย วัฒนธรรม ศาสนาและความเชื่อ ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว อายุและ

การศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนช่วยให้บุคคลมีการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและเผชิญกับความตายได้อย่างเหมาะสม

การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต เป็นแล้วต้องตายไม่มีทางรักษาให้หายได้ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540 ; ชาติกริต สุตสาขเนตร, 2539 ; Backer, Hannon & Russell, 1994) ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ จึงหมายถึง การเป็นโรคที่ต้องตาย ต้องสูญเสียชีวิต (Faskerud & Ungvarski, 1995 ; Mullins, 1996) ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นอย่างมาก เพราะภาพลักษณ์ของโรคเอดส์มาพร้อมกับความตาย (ชาติกริต สุตสาขเนตร, 2539) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าตนจะเสียชีวิตลงเมื่อใด และในภาวะที่ความตายกำลังคืบคลานเข้ามาจะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการตายเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 30 ปี ซึ่งเป็นการตายขณะที่อายุไม่มากนักเป็นการตายก่อนพ่อแม่และเป็นการตายที่ยังไม่ถึงเวลา (ปราณีต ส่องวัฒนา, 2541) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living-dying interval) ซึ่งถือว่าเป็นภาวะที่วิกฤตที่สุดของชีวิต เป็นเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักว่าตนจะมีชีวิตอยู่อีกไม่นาน การเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่นำมาซึ่งความตาย (Leininger, 1978) และเป็นการตายที่ถูกประคับประคองด้วยสัญลักษณ์ของคนไม่ดี (บำเพ็ญจิต แสงชาติและคณะ, 2542) จากการศึกษาของ ฟอร์ดแฮม (Fordham, 1993 อ้างใน ประณีต ส่องวัฒนา, 2541) เกี่ยวกับปฏิกิริยาของคนไทยภาคเหนือต่อผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การตายด้วยโรคเอดส์เชื่อว่าสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งนี้ยังเชื่อว่าเป็นการตายที่มีการหมักหมมของเชื้อโรคสูงและยังเชื่อว่าโรคเอดส์เป็นแล้วต้องตาย ตายดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับพฤติกรรมแต่ชาติปางก่อนและในชาตินี้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนมากจึงกลัวความตาย บางคนกลัวจะตายอย่างโดดเดี่ยว กลัวตายอย่างทุกข์ทรมาน (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535) และจากการศึกษาของ ชาติกริต สุตสาขเนตร (2539) เกี่ยวกับวิธีการสื่อสารระหว่างบุคคลเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาในประเด็นความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับทราบผลเลือดและการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนใหญ่จะคิดถึงความตายในแง่ต่างๆ เช่น คิดว่าอายุคงไม่

ยืนยาว กลัวต้องล้มป่วยและทรมาณก่อนตาย กลัวจะเป็นภาระให้ครอบครัวต้องดูแลก่อนตาย สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของแกสกินส์และบราว (Gaskins & Brown, 1992) ถึงปฏิกิริยาตอบสนองด้านจิตสังคมของผู้ป่วยในขณะที่ทราบว่าคุณติดยาเสพติดเฮโรอีน จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ยอมรับว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าคุณติดยาเสพติดเฮโรอีนเป็นภาวะที่รับรู้ว่าจะต้องตายและได้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถช่วยให้พวกเขามีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การตายของผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนเป็นการตายที่ถูกตีตราจากสังคมว่าเกิดจากพฤติกรรมของผู้เป็นโรค ที่เชื่อกันว่าเป็นพฤติกรรมที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงต่อการดำเนินชีวิตต่อไปในฐานะผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและการเตรียมพร้อมสำหรับความตายและภาวะใกล้ตายของตนเอง

จากการสรุปประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายที่บ้านของเจ้าหน้าที่แผนกพันธกิจเอดส์ สภากริสตจักรในประเทศไทย ที่ได้เข้าไปให้การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การเตรียมพร้อมสำหรับความตายและภาวะใกล้ตาย ผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์สามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่เมื่อรู้ว่าคุณติดยาเสพติดเฮโรอีน ถ้ามีโอกาสเตรียมพร้อมแต่เนิ่นๆก็พบว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจะไม่ใช่วิกฤตที่สับสน ทรมาณ วุ่นวาย ตรงกันข้ามกลับจะเป็นเวลาที่สงบ ผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์จะจากไปท่ามกลางวงล้อมด้วยความรักที่อบอุ่นจากญาติมิตรสนิทเป็นการจากไปด้วยความสงบ สันติ ทั้งนี้เพราะทั้งผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีน ผู้ป่วยเอดส์และญาติได้มีโอกาสเตรียมใจหรือทำใจไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว โดยผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์ได้มีการเตรียมพร้อมในการเผชิญความตายและภาวะใกล้ตาย ด้วยการจัดทำอัลบั้มรูปของตนเอง การทำอนุสรณ์งานศพ ไว้ล่วงหน้า การขยายรูปถ่ายของตนเองสำหรับใช้ในพิธีศพ การเตรียมอนาคตของลูก ได้แก่ การศึกษา ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลและทุนทรัพย์ การเตรียมการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลและทุนทรัพย์ การใช้ชีวิตที่มีอยู่ในการเสริมสร้างคุณค่าและประโยชน์แก่ผู้อื่น เช่น การเยี่ยมเพื่อน ผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนและผู้ป่วยเอดส์ที่เจ็บป่วย เตรียมการจัดการกับศพ ได้แก่ การแจ้งต่อญาติหรือผู้ดูแลไม่ให้เอาร่างของตนใส่ถุงดำหรือห่อหุ้มอย่างมิดชิด (ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัดย์ เสนารัตน์และคณะ (2542) เกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนใน

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ โดยใช้การสนทนากลุ่มกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 24 ราย ในประเด็นของการปรับตัวและเตรียมตัวรับมือกับภาวะการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถแสดงความคิดเห็นถึงการตายของตนเองด้วยสีหน้าสงบ สามารถบอกเล่าให้สมาชิกกลุ่มฟังถึงแผนการดำเนินชีวิตหากต้องอยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีการจัดเตรียมผู้ดูแล และวางแผนเตรียมเครื่องใช้ที่จะใช้ในงานศพ เช่น มีการเตรียมผ้าห่มศพของตนเองไว้แล้ว เป็นต้น และจากการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้เสียชีวิตที่อยู่ในโครงการก็พบว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายไม่มีใครใด กระวนกระวาย มีการทำพิธีทางศาสนาให้และญาติผู้ดูแลให้ความเห็นว่าผู้เสียชีวิตมีอาการสงบ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ของ ขวัญตา บาลทิพย์ (2542) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการเตรียมใจให้พร้อม ต้อนรับความตาย ซึ่งผู้ที่ได้เตรียมตัวตายจะไม่มีความห่วง ไม่มีพันธะผูกพันจะช่วยให้ตายอย่างสงบ ในทางตรงกันข้าม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มิได้มีการเตรียมพร้อมสำหรับความตายและ ภาวะใกล้ตาย เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตได้มาถึง ในเวลานั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถพูดหรือสื่อสารกับญาติ ไม่สามารถบอกสิ่งที่ตนต้องการให้ญาติมิตรทำหรือสิ่งที่ตน ปรารถนา นอกจากนี้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางรายที่ยังมีบางสิ่งที่ยังคาใจอยู่ทั้งๆที่ ป่วยหนักมากแล้ว แต่ยังไม่สามารถจากไปได้ อาจจะเป็นเรื่องที่กระทบจิตใจต่อคนอื่น หรือบางราย เป็นเรื่องเกี่ยวกับหนี้สิน มักพบว่าผู้นั้นจะจากไปด้วยความทรมานทรมาย ดังนั้นในวาระสุดท้ายของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงควรจัดให้มีโอกาสที่ญาติมิตรจะได้ขอโทษ ขออภัยยกโทษหรือ ยกหนี้สินให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ตายอย่าง สงบและสมศักดิ์ศรี (ประสิทธิ์ แซ่ตั้ง, 1999) จากรายละเอียดดังกล่าวข้างต้น ซึ่งให้เห็นว่าผลของ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายที่บ้านของเจ้าหน้าที่แผนกพันธกิจเอดส์ สภากริสตจักรใน ประเทศไทยมีความสำคัญทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุป ของการสัมมนากลุ่มทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในภาวะใกล้ตายของโครงการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในภาคเหนือตอนบน ซึ่งจัดขึ้นที่ สำนักงานควบคุมโรค ดิติด่อเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 20-21 ตุลาคม พ.ศ. 2542 ที่พบว่า ใน สถานการณ์ปัจจุบันประเด็นเกี่ยวกับความตายเป็นประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และ ครอบครัวต้องการที่จะมีที่ปรึกษา ต้องการที่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเผชิญในวาระสุดท้าย

ของชีวิต ซึ่งถือได้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับความตายท่ามกลางผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เปิดเผยและยอมรับมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม รายงานความรู้ดังกล่าว อาจมีข้อจำกัดในการหาข้อสรุปองค์ความรู้ เนื่องจากไม่ได้เป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบ ยังต้องศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆอีก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตายทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณระดับใดและอย่างไร

กรอบแนวคิด

การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย ในการศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดของ คอรั เนบีและคอรั (Corr, Nabe & Corr, 1997) ซึ่งหมายถึง การกระทำใดๆที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นการวางแผนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าสำหรับสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและในการศึกษาครั้งนี้ การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย ประกอบด้วย การเตรียมด้านร่างกาย เป็นการเตรียมที่สัมพันธ์กับความต้องการและความผิดปกติทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลช่วยเหลือ การเตรียมด้านจิตใจ เป็นการเตรียมเกี่ยวกับความรู้สึกให้เกิดความอิสระและความมั่นคงทางจิตใจ การเตรียมด้านสังคม เป็นการเตรียมเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว การงาน การเงิน ความเป็นอยู่ทั่วไปและกฎหมาย และการเตรียมด้านจิตวิญญาณ เป็นการเตรียมเกี่ยวกับความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ