



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว

สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ปีที่ 2

พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้
จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557
มหาวิทยาลัยบูรพา

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2)” เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ซึ่งในระยะที่ 2 ปี ที่ 2 นี้ เป็น การพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายกรณีโรงพยาบาล ซึ่ง การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) งบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 คณะผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนการวิจัย ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้สูงอายุ ให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่า และสามารถเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย และปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคมและความเข้มแข็งของท้องถิ่นต่อไป ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตร์ เสาวคันธ์ ที่เป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำวิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตร ธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และ ขอกราบขอบพระคุณ มา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2558

รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2)

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ

ดร.เวศกา กลิ่นวิชิต นางสาวพวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการระดมความคิดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน และผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาวิจัย พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มี 3 ส่วน คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2. การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย โดยมีความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล ดังนี้ 1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

คำสำคัญ : การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุ ครอบครัว โรงพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

PREPARING PEACEFUL END-OF-LIFE CARE MODEL: HOSPITAL BASED (PHASE II)

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriya Pun MD., Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Puangtong Inchai

Faculty of Medicine, Burapha University

Assist.Prof.Siriluck Somanusorn,Ph.D.

Faculty of Nursing, Burapha University

ABSTRACT

The study was a participatory action research aims to develop a model to prepare peaceful end-of-life care in the hospital of the elderly and their families in the Eastern region of Thailand. Sample purposive selected from 30 the elderly patients who were admitted at Burapha University Hospital, 30 family members or caregivers and 5 health workers or medical teams in the hospital, total 65 persons. The participatory research processes were conducted in four stages: 1) Identification needs or seeking problems 2) planning solution, 3) practice 4) to reflect the performance and evaluation. Collecting data by using quantitative and qualitative research methods. In-depth interviews, Focus group, participatory observation and questionnaires. Data were analyzed by using content analysis and descriptive statistics. This study showed that the major components of preparing peaceful end-of-life care model at a hospital has three parts: 1. preparation before died 2. Preparing for the upcoming dead 3. Preparation post death. The critical needs of elderly patients and family care needs contained of : 1. Communications about treatment and other necessary information 2. The perceived severity of the disease and the symptoms of elderly patients while dying 3. Participatory in treatment planning and management of severity of the disease, symptoms and the elderly dying and 4. Supporting in psychosocial and spiritual with respect.

Keywords: Peaceful death, end-of-life care need, elderly, family member, hospital

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญเรื่อง.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
	วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	2
	ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	2
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	3
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
	ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	5
	ความหมายของผู้สูงอายุ.....	5
	ความหมายของการตาย.....	8
	แนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการตาย.....	10
	พฤติกรรมการแสดงออกของความเศร้าโศก.....	11
	ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก.....	12

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในภาวะการณ้สูญเสียชีวิต.....	14
ขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบ.....	15
ความต้องการในภาวะสูญเสียชีวิตและเศร้าโศกของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย.....	19
หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย.....	23
กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม.....	26
แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	26
ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	28
หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	30
วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ.....	31
ความหมายของรูปแบบ.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย	46
ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา.....	46
ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ปัญหา.....	46
ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ.....	47

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่	หน้า
ชั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	47
การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	49
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล.....	52
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ.....	55
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	57
สรุปผลการวิจัย.....	57
อภิปรายผลการวิจัย.....	59
ข้อเสนอแนะ.....	60
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	60
บรรณานุกรม.....	61
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	67

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทย.....	7
2	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	50
3	แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ...44	
4	ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อม สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว.....	56

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติการสำรวจคนตายของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2444-2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2551) พบว่า สาเหตุการตายตามกลุ่มโรคเป็นโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ โรคชรา (ร้อยละ 25.4) และพบว่า ตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งสูงสุด โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 16.3) ส่วนการตายที่เกิดจากโรคติดต่อส่วนมากเกิดจากกลุ่มโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 7.8) และโรคทางเดินหายใจ (ร้อยละ 5.1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อัตราการตายของกลุ่มโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ มีอัตราอุบัติการณ์สูงเกือบจะอยู่ในอัตราส่วนครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด และยังพบว่า มีการใช้บริการสาธารณสุขหรือการรักษาในระหว่าง 3 เดือนก่อนตาย ทั้งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ถึงร้อยละ 39.1 (รักษาแบบผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 19.5 และรักษาแบบผู้ป่วยในอย่างเดียว ร้อยละ 17.9) ถึงแม้จะยังไม่มี การสำรวจอัตราการตายในโรงพยาบาลจากการตายทั้งหมด แต่สามารถคาดการณ์จากสถิติดังกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังใช้ชีวิตในช่วงของการตายในโรงพยาบาลในอัตราที่สูงเป็นสัดส่วนเกือบ ครึ่งหนึ่งของการตายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจเรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ , 2546) ซึ่งพบว่า เมื่อเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติมีวิถีคิดที่กำลังแพร่ขยายอยู่ในสังคมขณะนี้คือ “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ไม่ว่าจะ เป็นครอบครัวที่มาจากชนชั้นใดหรือมี เศรษฐฐานะอย่างไรต่างก็ได้รับอิทธิพลจากวิถีคิดเช่นเดียวกันนี้ทั้งสิ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาอาจแตกต่างกัน ดังนั้นแนวโน้มของการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มขึ้นซึ่ง หมายความว่าช่องว่างในการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจะมีมากขึ้นด้วย จากจำนวนและสถิติดังกล่าวเป็นที่คาดหวัง ว่าการเตรียมความพร้อมของการเข้าสู่การตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุน่าจะมีการศึกษาวิจัยอย่าง กว้างขวางเพื่อรองรับภาสถานการณ์ดังกล่าว แต่จากกระบวนการรักษาพยาบาลพบว่ามีช่องว่างทางสื่อสาร ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้รับการรักษาและญาติ อันเนื่องมาจากวิถีคิดที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้รับ การรักษาและญาติเกิดภาวะขาดแคลนข้อมูลความรู้ในการดูแลรักษาเพราะองค์ความรู้ที่ตนเองมีเป็นคนละชุด กับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ รวมทั้งตัว แพทย์หรือผู้ให้การรักษาเองด้วย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกระบวนการตัดสินใจ ในระหว่างการรักษาพยาบาลถือเป็นประสบการณ์ร่วมที่ทำให้เกิดความพอใจระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย/

ญาติ ซึ่งเท่ากับเป็นการเปิดพื้นที่ให้องค์ความรู้ของประชาชนหรือของผู้ป่วยได้เผยตัวออกมา ส่งผลให้ช่องว่าง หดแคบเข้ามา และน่าจะเป็นแนวทางที่นำไปพัฒนาในระบบต่อไปได้ นอกจากนี้ ความเชื่อทางศาสนาและ พิธีกรรม ความเป็นครอบครัวหรือชุมชน สถานภาพทางเศรษฐกิจถือเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจ ในการจัดการกับความตายที่พึงปรารถนาและไม่ปรารถนาได้

การที่บุคคลทราบว่า ตนกำลังจะเสียชีวิต เป็นสถานการณ์ที่มนุษย์ปรับตัวได้ยากยิ่ง ซึ่งจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย สังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ขณะเดียวกัน ความรู้สึกเช่นนี้ก็เกิดขึ้นกับญาติและผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะปัจจุบันในยุคที่มี เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้า มีเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สามารถดูแลผู้ป่วยและ พยายามยืดชีวิตออกไปให้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงเพียงใด และผู้ป่วยจะมีชีวิตด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ด้วยเจตนาที่ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งญาติก็พยายามขอร้องให้แพทย์รักษาอย่างสุดความสามารถ ทั้งที่บางครั้งผู้ป่วยเองไม่มีโอกาสที่จะเรียกร้องหรือตัดสินใจในการยืดชีวิตช่วงระยะเวลาหนึ่ง จนเกิดปัญหา ความขัดแย้งระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with dignity) กับการต่อสู้เพื่อยืดชีวิต (Fighting of life) ปัญหาต่างๆเหล่านี้ ล้วนเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและความตาย รวมทั้งไม่ เข้าใจในด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของมนุษย์ ดังนั้นการตายซึ่งเป็นสภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้กลายเป็น เรื่องใหญ่ เนื่องจากมิใช่เป็นประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น แต่เป็นประเด็นทางด้านจิตใจ คุณธรรม จริยธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเรียนรู้และเข้าใจ รวมทั้งตระหนักในสิทธิมนุษยชนของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การตายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบท ที่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนเกี่ยวข้องมากในการให้บริการในสถานพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงได้เขียนข้อเสนอ โครงการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบในบริบทของการให้การดูแลใน สถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อ พัฒนารูปแบบดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ แนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาล โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการศึกษาวิจัยใน ระยะที่ 2 หลังจากดำเนินการ ศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 ซึ่งดำเนินการไปแล้ว ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษากระบวนการทัศน์ของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การตายกรณี ที่ตายในสถานพยาบาล

Paradigm of Preparing the End-of-life in Ageing and family: Hospital based care

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Mixed methodology โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณจากการสำรวจความคิดเห็น ของผู้สูงอายุและญาติ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากร

1. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ(อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป)ที่มารับบริการในสถานพยาบาลใน ภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และ นครนายก จำนวน 440,562 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. เป็นญาติคนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการใน สถานพยาบาลในภาคตะวันออก ใน 8 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด สระแก้ว ปราจีนบุรี และนครนายก จำนวน 1,762,248 คน และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบและมีความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบ Stratified random sampling และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ เครจซี่และมอร์แกน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน โดยแบ่งตามสัดส่วนจำนวนประชากร เป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุ จำนวน 77 คน ญาติและผู้ดูแลจำนวน 307 คน

ในการดำเนินการ ในระยะที่ 2 ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลสถานพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม

Model of Hospital based care for Preparing the End-of-life in Aging

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตาย อย่างสงบตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการระดมความคิดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน และ ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากร ทางแพทย์ในสถานพยาบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทที่สามารถเพิ่มศักยภาพและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการพัฒนา กระบวนการทัศนทางความคิดและการทำงานของผู้คนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน โดยเสริมความเข้าใจในมิติของความเป็นมนุษย์ที่เข้าใจสังคม วัฒนธรรม ของบริบทที่ศึกษา ได้อย่างครอบคลุม
3. สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาวางแผนในการดำเนินงานด้านการพัฒนา สุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

การตายอย่างสงบ หมายถึง การเรียนรู้ของบุคคลที่จะยอมรับความจริงของชีวิตเมื่อเข้าสู่ วาระสุดท้ายของชีวิตอย่างไม่ขัดขืน ไม่ฝืนความจริง รู้จักปล่อยวาง โดยอาศัยการฝึกของจิตใจตนเอง ซึ่งอาจ อาศัยสิ่งแวดล้อม เช่น บิดา มารดาญาติ มิตร หรือบุคลากรทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือ

รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มี ความสัมพันธ์กันหรือสามารถอธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบต่าง ๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบ นั้น ๆ ได้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา และรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

ครอบครัว หมายถึง ญาติ คนในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับ บริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา รับ ไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา และมี หน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น

โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. ความหมายของผู้สูงอายุ
2. ความหมายของการตาย
3. ขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบ
4. หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ
5. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” หรือ “คนชรา” นั้นโดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมขวนหน้าตาเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ให้ความหมายคำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทรวดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่า คำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และถดถอย สิ้นหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พลตำรวจตรีหลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวัน วุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิดหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการ และตามกฎหมาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological ageing หรือ Biological ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological ageing) เป็นการพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอย

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ส่วนบาร์โรว์ และสมิธ (Barrow and Smith, 1979 อ้างอิงใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552) เสนอข้อคิดเห็นว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพหรือผู้สูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่าผู้นั้น ผู้นั้นชราภาพ การจะพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ

2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันถึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุ คือความจำเริ่มเสื่อม การขาดแรงจูงใจ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยทางสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกิดกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสนอเพราะมีสภาพร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนี้ยังอาจจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

นอกจากนี้ มัลลิกา มัตติโก และคณะ (2542) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ “คนแก่” คือบุคคล

ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงที่สังคมเริ่มถดถอยสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ ส่วนคำว่า “คนชรา” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกด้าน

ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติและศักดิ์ศรี การเข้าสู่ภาวะสูงอายุของบุคคลนั้นสามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกับความหมายของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องศึกษาทบทวน และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคงและเข้าสู่จรรยาบรรณของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

จำนวนและภาวะที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ. 2543 แต่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นประมาณ 8.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทย

พ.ศ.	ทุกกลุ่มอายุ	0 – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2503	26,202.7	11,319.6	13,674.9	1,208.2
2513	34,383.9	15,506.3	17,196.6	1,1681.0
2523	44,824.8	17,165.7	25,213.5	2,445.6
2533	54,545.5	15,946.9	34,584.6	4,014.0
2543	61,770.2	15,104.6	40,795.9	5,869.7
2553	66,404.6	13,642.4	44,284.1	8,381.8
2563	69,410.4	12,737.2	44,284.2	12,389.0

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย (2548 อ้างใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 – 2543 จากสำมะโนประชากร

ปี พ.ศ. 2553 - 2569 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราภาระพึ่งพิง ซึ่งการ

ที่อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย

2. ความหมายของการตาย

มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ไว้หลายท่าน ดังนี้

เคค และวอลเทอร์ (Keck & Walther, 1977) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายของโรค หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ลอง (Long, 1979) กล่าวว่า ผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งความตายได้เข้ามาคุกคามชีวิตของเขา ในบางครั้งระยะสุดท้ายจะชัดเจนขึ้นเมื่อแพทย์บอก ผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค

สมิท และโบชเน็ต (Smith & Bohnet, 1983) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายว่าเป็น ผู้ที่มีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย เป็นภาวะเจ็บป่วยในอาทิตย์สุดท้าย หรือเดือนสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการดูแลรักษาระยะนี้เป็นการดูแลเพื่อประคับประคองเท่านั้น (palliative care)

สันต์ หัตถิรัตน์ (2521) ให้ความหมายของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย คือ ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมี อาการรุนแรง ร้ายแรงอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หหมดความหวังในการรักษา หรือมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่เป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

ความตาย เป็นหน้าที่ของสังขาร สังขารคือสิ่งปรุงแต่งจากเหตุปัจจัย เมื่อเหตุปัจจัยบางส่วน หยุดปรุงแต่ง ความตายบางส่วนก็ปรากฏออกมาสำหรับสังขารส่วนนั้น จึงถือว่าการตายเป็นหน้าที่ของสังขาร หรือสังขารทำหน้าที่ที่จะต้องตาย (พุทธทาสภิกขุ , 2539, หน้า 22) ความตายยังหมายถึงความเสื่อมไป ความแตก ความทำลาย ความไม่เที่ยง ความหายไปแห่งธรรมเหล่านั้นเรียกว่ามรณะ ปัจจุบันมีวิชาที่เรียกว่ามรณวิทยา หรือมฤตยูวิทยา (Thanatology) ซึ่งเป็นวิชาที่ศึกษาถึงกระบวนการเกี่ยวกับปฏิกิริยาต่อความตายทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและผู้ที่กำลังโศกเศร้าอาลัยจากการสูญเสียสิ่งที่รัก นอกจากนี้ยังรวมถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล (Caretakers) ของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายด้วย

1. ปฏิกิริยาต่อการตายที่จะมาถึง (Reaction to Impending Death)

Elizabeth Kubler Ross เป็นนักจิตแพทย์และเป็นนักมรณวิทยาได้อธิบายถึงปฏิกิริยาต่อการตายที่กำลังจะมาถึงเป็น 5 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การช็อกและการปฏิเสธ ปฏิกิริยาแรกของผู้ป่วยหลังจากทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตคือ ช็อก ช่วงแรกผู้ป่วยอาจมีอาการงง ๆ แล้วตามมาด้วยการปฏิเสธการวินิจฉัยโรคหรือเชื่อว่ามีบางสิ่งบางอย่างผิดพลาด ผู้ที่ไม่สามารถผ่านระยะนี้อาจจะเปลี่ยนผู้รักษาไปเรื่อย ๆ โดยหวังว่าจะพบกับผู้ที่สนับสนุนความคิดของตน การปรับตัวในระยะนี้จะมีผลต่อการยอมรับการรักษา สิ่งที่ผู้รักษาควรทำในระยะนี้ คือการ

สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและตรงไปตรงมา รวมทั้งให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค (Prognosis) และทางเลือกในการรักษา

ระยะที่ 2 การโกรธแค้น ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ (Frustrated) หงุดหงิด (Irritable) และโกรธแค้นที่ตนเองต้องตาย การตอบสนองที่พบบ่อยคือ ความรู้สึกที่ว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” โกรธแค้นพระเจ้า โชคชะตา วิชากรรม เพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกตำหนิตนเองได้ ในระยะนี้ความโกรธแค้นอาจเคลื่อนย้าย (Displace) ไปสู่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและผู้รักษาได้ หากผู้รักษาไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยจึงโกรธตน ผู้รักษาอาจหลีกเลี่ยงจากผู้ป่วยหรือส่งต่อผู้ป่วยไปให้ผู้อื่นรักษาแทน การตอบสนองต่อผู้ป่วยในลักษณะของการมีอารมณ์ร่วมรู้สึกโดยไม่ใช้กลไกการป้องกัน (Empathic non-defensive response) สามารถลดความโกรธของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยหันไปสนใจกับความรู้สึกนึกคิด ใดๆ ของตน (เช่นความโศกเศร้า อาลัย กลัวว่าเหว) ที่ปกปิดไว้ด้วยความโกรธแค้น นอกจากนี้ บางครั้งการแสดงความโกรธแค้นของผู้ป่วยยังเป็นการแสดงออกถึงความต้องการความดูแลที่จะให้ผู้รักษาช่วยควบคุมสถานการณ์ ที่ผู้ช่วยสามารถควบคุมตัวเองได้อีกด้วย

ระยะที่ 3 ระยะต่อรอง ผู้ป่วยอาจพยายามเจรจากับผู้รักษา เพื่อน หรือ แม้แต่อ้อนวอนพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายจากโรค โดยให้สัญญาบางอย่าง เช่น การบริจาคเงินเพื่อการกุศล การอุทิศตนเพื่อการศึกษา อีกลักษณะหนึ่งของการต่อรอง คือการที่ผู้ป่วยเชื่อว่า หากตนเองทำตัวดี (เช่นการให้ความร่วมมือ การไม่ตั้งข้อสงสัย การร่าเริง) ผู้รักษาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตได้ การปฏิบัติของผู้รักษาในระยะนี้ต้องชัดเจนว่าผู้รักษาจะดูแลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ และทำทุกสิ่งที่สามารถทำได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงออกหรือมีพฤติกรรมอย่างไร นอกจากนี้ ผู้รักษาควรพยายามชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด

ระยะที่ 4 อาการซึมเศร้า ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกอาการซึมเศร้า เช่น ถอยหนีจากสังคม เคลื่อนไหวช้า การนอนแปรปรวน ความรู้สึกหมดหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย การซึมเศร้า อาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ (เช่น ตกงาน ความขัดสนด้านการเงิน ความรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความรู้สึกหมดหวัง การต้องแยกจากเพื่อนและครอบครัว) หรืออาจเกิดจากการคาดหมายในทางร้ายก็ได้ ในกรณีนี้ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่าย ไม่สนใจ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Vegetative signs) และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Major Depressive Disorder ผู้รักษาควรให้การรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) หรือการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่ซึมเศร้านั้นจะรู้สึกหมดหวังและรู้สึกหมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตาม หากการซึมเศร้านั้น เป็นเพียงปฏิกิริยาตามปกติไม่จำเป็นต้องให้การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

ระยะที่ 5 การยอมรับ ผู้ป่วยรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น อารมณ์ของผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติ สามารถพูดคุยเรื่องความตายของตนกับทุก ๆ คน และมีความเชื่อในปรัชญาและคำสอนของศาสนาที่นำมาซึ่งความสุข

นอกจากนั้นคนที่อยู่ในภาวะใกล้ตายยังมีปฏิกิริยาต่อภาวะดังกล่าวในรูปแบบอื่น ๆ อีก ได้แก่ ความกลัวเกี่ยวกับความตาย ถ้าทราบว่าจะกำลังจะเสียชีวิต ทำให้มนุษย์ส่วนมากยากที่จะทำใจในเรื่อง

เกี่ยวกับความตายได้ เมื่อคนอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วความรู้สึกกลัวตายด้วยความกลัวเช่นนี้มักเกิดจากความขัดแย้ง ระหว่างการตายอย่างมีศักดิ์ศรีกับการตายเพื่อต่อสู้อชีวิต การดิ้นรนภายในจิตใจเช่นนี้จะก่อให้เกิดความกลัวและความตึงเครียด ความกลัวตายแบ่งออกเป็น 5 อย่าง ได้แก่

1. ความตายเป็นความเจ็บปวด (Painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งนอกจากนั้นแล้วยังมีอาการทางร่างกายอย่างอื่นอีกหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไอ หายใจลำบาก ท้องเดิน บวมตามแขนขา เวียนศีรษะ เป็นต้น อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (Undignified) ความเจริญทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นแต่ในเวลาเดียวกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยบางคนรู้สึกละอายใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตายคิดว่าตนเองสิ้นหวังทำอะไรไม่ได้อีกแล้ว แม้แต่การถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก็ยังช่วยตัวเองไม่ได้ต้องอาศัยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ มาช่วยดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้ค่าและไร้ศักดิ์ศรี
3. ความตายเป็นภาระต่อคนอื่น (Burden to others) บางคนกลัวว่าความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังจะมาถึงเป็นภาระต่อคนอื่น ต้องให้คนอื่นมาช่วยดูแลตน บางคนก็เต็มใจ บางคนก็ไม่เต็มใจ ผู้ดูแลบางคนอาจแสดงความรู้เบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่ยอมรับผิดชอบต่อไปอีก การสูญเสียเวลาและทรัพย์สินเงินทองในการรักษาอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว
4. ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (Loss of life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหลายรอบ มีความรู้สึกว่าตนยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก เช่น มีภารกิจ บางอย่างที่ยังทำไม่เสร็จ อยากให้ลูกได้รับปริญญาหรือแต่งงานก่อน อยากได้เห็นหลายที่จะเป็นตัวแทนสืบวงศ์ตระกูล บางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสทำงานให้สำเร็จตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้ การสูญเสียชีวิตยังหมายถึงการพลัดพรากอย่างถาวรจากบุคคลและสิ่งที่ตนรัก
5. การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความ (What happens after death) การตาย หมายถึง การทำลายของร่างกาย แต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่ายังมีส่วนหนึ่งที่หลงเหลืออยู่สิ่งนี้คือ “จิต” “วิญญาณ” หรือ “เจตภูต” บางที่เรียกว่า “Soul” หรือ “Self” ความเชื่อในสิ่งเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละศาสนา วัฒนธรรมประเพณี บางคนเชื่อว่าตายแล้วสูญ เหลือแต่ซาก อันจะเนาเปื้อนหรือถูกเผาให้เป็นเถ้าถ่านไปเท่านั้น ไม่มีความรู้สึกนึกคิด สุข ทุกข์ อะไรสืบต่อไปอีก สำหรับคติทางพระพุทธศาสนามีความเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏ คือการเวียนเกิดเวียนตายไปตามเหตุปัจจัยที่มาปรุงแต่ง ตราบใจที่คนเรายังมีกิเลส กรรม และวิบาก เหลืออยู่ก็ยังคงไปเกิดอีกในชาติหน้า ส่วนศาสนาที่มีศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า (God) แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหลังความตายก็เป็นอีกอย่างหนึ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความตาย

ความเสียใจและทุกข์โศก (Grief)

เป็นการตอบสนองทางจิตใจต่อการสูญเสียจะมีความเกี่ยวข้องกับการตายของบุคคลอื่น

เป็นที่รัก สูญเสียความมีคุณค่า เอกลักษณะ หรือความรู้สึกผิด(Kemp C.& Mollon-Frank, G., 1996) เช่น ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ฆาตกรรมที่คลออดทาร์กมีปัญหา เด็กที่ต้องเปลี่ยนโรงเรียน ผู้ที่ถูกข่มขืน ถูกกระทำรุนแรง บุคคลที่ออกหัก ว่างงานหรือเกษียณอายุ

ความหมาย

ความเสียใจและทุกข์โศก(Grief) หมายถึง ความรู้สึกเสียใจ (Sad) ที่เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าจะมีการสูญเสียหรือรับรู้ตนเองสูญเสีย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกทั้งสรีระและอารมณ์มีความหมายเดียวกับ “ Mourning ” และ “ Bereavement ” คำว่า “ Mourning ” หมายถึง กระบวนการแสดงออกของบุคคลมีอารมณ์จากการสูญเสีย ขณะที่ “ Bereavement ” คือ ระยะเวลาในกระบวนการเสียใจและทุกข์โศกไปจนถึงการปรับตัวกลับคืนสู่ภาวะปกติ ใช้เวลาประมาณ 1 ปี

พฤติกรรมแสดงออกของความเศร้าโศก แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ความเศร้าโศกปกติ (Normal Grief Reaction) ซึ่ง Engel (1964) และ Kubler – Ross (1969) กล่าวถึงระยะของปฏิกิริยาการสูญเสียจากการตายของบุคคลที่รัก ซึ่งเรียกว่าขั้นตอนของความเศร้าโศก (Phases of Mourning) ซึ่งสรุปได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การขาดความสมดุล (Disequilibrium) บุคคลจะปฏิเสธการรับรู้ ปฏิเสธการยอมรับเกี่ยวกับการสูญเสีย ซ็อก ไม่เชื่อว่าจะมีการสูญเสียเกิดขึ้น และมีความหวังว่าการสูญเสียนั้นจะไม่เป็นความจริง อารมณ์ที่เป็นลักษณะเด่นคือ ร้องไห้ฟูมฟาย (weeping) และความโกรธ (anger) การร้องไห้เป็นการยอมรับการสูญเสียว่าเกิดขึ้นจริง ส่วนความโกรธเป็นลักษณะอารมณ์ของผู้ที่ผ่านการสูญเสียในระยะแรก อาจโกรธต่อพยาบาล บุคคลใกล้ชิด หรือตนเอง ระยะเวลาในการปฏิเสธ อาจ 2-3 นาที หลายชั่วโมงเป็นวันหรือเดือน ถ้านานเป็นเดือนก็จะเป็นความผิดปกติ

ระยะที่ 2 ความวุ่นวาย (Disorganization) เมื่อบุคคลประสบการสูญเสียยอมรับว่าการสูญเสียนั้นเกิดขึ้นจริงจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีความทุกข์ทรมาน มีความเจ็บปวดทางจิตใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ รู้สึกไร้ค่า อาจใช้กลไกแบบปฏิเสธความเป็นจริง (Denial) เพื่อป้องกันตนเอง อาจมีอาการหายใจขัด อ่อนเพลีย ตัวชา หน้ามืด คอแห้ง คลื่นไส้ วิงเวียน รู้สึกเลื่อนลอยไม่ยอมรับความจริงเป็นครั้งคราว ไม่ผูกพันทางอารมณ์กับผู้อื่น หมกมุ่นอยู่กับความคิด สิ่งของสัญลักษณ์ เช่น รูปถ่าย เสื้อผ้าของผู้ที่จากไป บางคนอาจจะมีประสาทหลวง (Illusion)หรือประสาทหลอน (Hallucination) พฤติกรรมจะพบใน 20-60 วันแรก

ระยะที่ 3 การกลับคืนสู่ปกติ (Reorganization) ผู้ประสบการสูญเสียจะพบความจริงว่า การสูญเสียเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงไม่สามารถเรียกร้องกลับคืนได้ จึงพยายามตัดความสัมพันธ์กับสิ่ง ของหรือบุคคลที่

สูญเสียไปได้เริ่มตั้งจุดมุ่งหมายใหม่ สร้างความสัมพันธ์ใหม่ และพฤติกรรมใหม่ ๆ ซึ่งถ้าสามารถทำได้สำเร็จก็ถือเป็น การสิ้นสุดระยะของความเศร้าโศก จะใช้เวลา 6 เดือน - 1 ปี

ผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามระยะดังกล่าวได้จะถือว่าเป็นความเศร้าโศกที่ผิดปกติ

2. ความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological Grief) เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้เป็นไปตามกระบวนการของความเศร้าโศกได้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ

2.1 การทุกข์โศกยาวนาน (Prolonged grief) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความทรงจำเก่า ๆ ไม่สามารถขจัดความรู้สึกหม่นหมอง เสียใจจากการสูญเสียไปได้เป็นเวลาหลายปี

2.2 ปฏิกริยาล่าช้า (Delayed Reaction) ลักษณะผิดปกติของการแสดงออก ทำให้กระบวนการของความเศร้าโศกไม่เริ่มต้น และไม่สิ้นสุด เกิดจากการที่บุคคลใช้กลไกทางจิตแบบปฏิเสธความเป็นจริง (denial) และเก็บกด (suppression) เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก อาจเกิดได้เป็นหลาย ๆ ปี บางรายความรู้สึกต่าง ๆ ถูกกระตุ้นขึ้นมาอีกเมื่อประสบความสูญเสียซ้ำอีก

2.3 ปฏิกริยาที่บิดเบือน (Distorted Reaction) ไม่สามารถปรับตัวตามกระบวนการเศร้าโศกได้ และเกิดความรู้สึกที่รุนแรง เช่น ความวิตกกังวลสูงมาก (Severe anxiety) กลัว (fear) ละอายใจ (guilt) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (helplessness) โกรธ (anger) มีความขัดแย้งเกิดขึ้น และมีความเศร้าโศกเป็นเวลานานเกินไป ผลที่เกิดตามมา คือ ภาวะซึมเศร้า (depression)

นอกจากนี้ Kubler-Ross (อ้างใน Joffrion & Douglass, 1994) ได้ศึกษาปฏิกริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของบุคคลที่ใกล้ตาย และการสูญเสียบุคคลที่รัก ได้สรุปการแสดงออก ดังนี้

ขั้นที่ 1 ปฏิเสธ (Denial) บุคคลไม่ยอมรับและไม่เชื่อว่าเหตุการณ์หรือข้อมูลนั้นเป็นจริง

ขั้นที่ 2 โกรธ (Anger) บุคคลจะต่อต้านการสูญเสีย เช่น “ทำไมต้องเป็นฉัน” และจะแสดงความรุนแรงต่อทุกคน ทุกสิ่ง จะแสดงความโกรธผู้อื่นทั้งบุคคลากรการแพทย์และครอบครัวของตน

ขั้นที่ 3 การต่อรอง (Bargaining) บุคคลที่ใกล้ตายรับรู้ชะตากรรมของตนเองแต่ไม่ต้อง การจะตายในเวลานี้ เนื่องจากมีภาระมากมาย มักพูด “ได้โปรด มีอะไรที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้”

ขั้นที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่ยุ่งยากสำหรับแพทย์ พยาบาลและครอบครัว เพราะรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลืออะไรได้ ขณะเฝ้าดูให้บุคคลแสดงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

ขั้นที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) ระยะที่บุคคลยอมรับความสงบของตนทั้งภายในจิตใจ และสภาพภายนอก บุคคลต้องการบุคคลสำคัญเท่านั้นที่อยู่ใกล้ ๆ สัมผัส สร้างความสุขอย่างสงบ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูญเสียและเศร้าโศก

บุคคลจะสามารถผ่านระยะต่าง ๆ ของกระบวนการความเศร้าโศกไปจนถึงระยะสิ้นสุดได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางด้านบวกและด้านลบ ปัจจัยที่มีอิทธิพล

มากสำหรับบุคคลหนึ่งอาจจะมื่อทธิพลน้อยหรือไม่มีอิทธิพลใด ๆ เลยสำหรับอีกบุคคลหนึ่ง
(Padkes, 1980 ; Paphale, 1983 cited in Canine, 1996; Rando, 1984, cited in Canine,1996)

ปัจจัยภายใน

ความหมายของสิ่งที่สูญเสีย (meaning of the loss) หากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความหมายต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวมากความเศร้าโศกก็จะรุนแรงมาก

ลักษณะของสัมพันธภาพ (qualities of the relationship) หากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันมาก การจะตัดขาดหรือแยกจากจะยากมากขึ้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส หรือบิดามารดากับบุตร

บทบาทของผู้ป่วย (roles of the patient) เมื่อเกิดภาวะใกล้ตายขึ้น ย่อมทำให้ครอบครัว เพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสียสมดุล หากผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบสิ่งต่าง ๆ มากก็จะส่งผลกระทบมาก เช่น การจะต้องสูญเสียผู้นำครอบครัว หรือผู้หาเลี้ยงครอบครัว บทบาทของผู้ป่วยจะต้องมีผู้รับหน้าที่แทน การแบกรับหน้าที่ที่เพิ่มมากขึ้นของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อกระบวนการเศร้าโศกและระยะเวลาในการปรับคืนสู่สภาวะสมดุลของสมาชิกในครอบครัว

อายุของผู้เศร้าโศก (age of the griever) ผู้มีอายุแตกต่างกันจะมีมุมมองเกี่ยวกับการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ความตาย และการจัดการกับความเศร้าโศกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูญเสียที่มีอายุน้อยจะจัดการกับความเศร้าได้ไม่ดีเท่ากับผู้มีอายุมากกว่า

เพศของผู้เศร้าโศก (griever's sex-role condition) สังคมคาดหวังว่าผู้ชายจะรักษาบุคลิกภาพภายนอกและจัดการกับความเศร้าโศกได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกันก็ยอมรับให้ผู้หญิงแสดงออกได้อย่างเต็มที่ บทบาททางเพศจึงเป็นตัวกำหนดความรู้ของบุคคลให้แสดงออก ซึ่งพฤติกรรมว่าควรทำอย่างไร ดังนั้นการแสดงออกของผู้เศร้าโศกอาจมีบางอย่างที่ซ่อนเร้นไว้เพราะถูกกำหนดด้วยบทบาททางเพศในสังคม

สภาพจิตใจของผู้เศร้าโศก (Griever's mental state) สมาชิกในครอบครัวที่มีบุคลิกภาพเก็บกดซึมเศร้าจะมีอาการเศร้าโศกที่รุนแรง

วุฒิภาวะและไหวพริบปัญญาของผู้เศร้าโศก (griever's mental & intelligence) หากมีวุฒิภาวะและไหวพริบญาดีก็จะสามารถใช้กลไกการปรับตัวได้ดี

ประสบการณ์การสูญเสียในครั้งก่อน (previous experience whit loss) การจัดการกับความสูญเสียครั้งก่อน หากสมาชิกในครอบครัวสามารถผ่านความเศร้าโศกในครั้งก่อนได้ดี ก็จะสามารถเผชิญและจัดการกับการสูญเสียและความเศร้าโศกครั้งนี้ได้ดีเช่นกัน

ปัจจัยภายนอก

ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย (patient's unique characteristic) สังคมโดยทั่วไปไปเชื่อว่าผู้สูงอายุ ควรจะถึงแก่กรรมก่อนวัยหนุ่มสาว ฉะนั้นการสูญเสียผู้ที่มีอายุน้อยจึงทำให้เกิดความเศร้าโศกมากกว่าการสูญเสียผู้สูงอายุ

บริบทของภาวะใกล้ตาย (context of the dying) สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในภาวะใกล้ตายมีอิทธิพลต่อความเศร้าโศก เช่น สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสเตรียมใจก่อนสำหรับการตายที่จะมาถึงหรือไม่ มีอะไรเป็นสาเหตุของการตาย การตายจะเกิดขึ้นเมื่อใด ถ้าเป็นการอยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยโรคเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัวจะมีเวลาในการเตรียมตัวปรับตัวให้ยอมรับได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายอย่างเฉียบพลัน

ระบบการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นประโยชน์ (available support system) สัมพันธภาพที่มีมานานจะช่วยให้คุณดูแล ประคับประคอง และเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมากกว่าที่เพิ่งจะเริ่มต้น ดังนั้น การช่วยเหลือในเครือญาติจะช่วยให้คุณผ่านความเศร้าโศกไปได้ดีขึ้น

พื้นฐานทางวัฒนธรรม (cultural background) แต่ละวัฒนธรรมจะมีความแตกต่างกันในพฤติกรรมเกี่ยวกับความเศร้าโศก ถ้าสังคมยอมรับการแสดงออกได้จะช่วยได้มากกว่าการที่ต้องเก็บกดความรู้สึกต่าง ๆ เอาไว้

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) การที่ต้องสูญเสียผู้ที่เป็นเสาหลักของครอบครัว จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับความเศร้าโศกจะรุนแรงมาก

พิธีกรรมเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตาย (Funerary rituals) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนช่วยให้เกิดการยอมรับการตายที่จะมาถึง โดยมีสังคมเข้ามาช่วยทำให้เกิดการยอมรับได้ดีขึ้น

การพยาบาลบุคคลที่อยู่ในภาวะการณีสู่สูญเสีย

ศิริรัตน์ จำปีเรือง (2556) ได้เรียบเรียงการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลบุคคลที่อยู่ในสถานการณีสู่สูญเสีย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. การป้องกันระยะที่ 1 (Primary prevention) เป้าหมายเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความเศร้าโศกผิดปกติ บทบาทพยาบาล คือ การให้ความรู้ ให้การปรึกษา ก่อนที่การสูญเสียเกิดเพื่อเตรียมตัว โดยให้บุคคลครอบครัวพูดถึงการสูญเสียที่เกิดขึ้นทุกระยะในชีวิต การพยาบาล คือ

1.1 แจ้งข่าวการตาย ให้แก่สมาชิกครอบครัวทั้งกลุ่ม แทนที่จะแจ้งแก่สมาชิก คนใดคนหนึ่ง ในสถานที่เหมาะสม เพื่อกลุ่มคนจะได้ประคองจิตใจกันและแสดงความเศร้าโศกได้

1.2 เปิดโอกาสให้ญาติได้กระทำตามต้องการหากเป็นไปได้ จะช่วยให้ยอมรับง่ายขึ้น

1.3 ยอมรับการแสดงความโกรธของญาติว่าเป็นปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย

2. การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention) เป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ผู้ป่วยอาจจะยับยั้งปฏิกิริยาการแสดงความเศร้าโศกก็ได้ พยาบาลต้องให้กระบวนการเศร้าโศกเกิดขึ้น ปฏิกิริยาความเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological Grief Reaction) อาจมีอาการ ดังนี้

อารมณ์เศร้า อารมณ์มาดร้ายรุนแรง ความรู้สึกเฉยชา ว่างเปล่าเป็นเวลานานไม่สามารถแสดงหรือระบายความเศร้าโศกออกมา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความฝืนเกี่ยวกับการสูญเสียหรือบุคคลที่สูญเสียเสมอ ๆ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อกระตุ้นให้ระลึกถึงการสูญเสียนั้น ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ยอมรับการแสดงความรู้สึกเศร้าโศก และ/หรือการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย
2. ให้โอกาสผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง ทั้งความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ความมีคุณค่าในตนเอง
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณค่ากับบุคคลอื่น
4. ให้กำลังใจแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ความเศร้าโศกเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถผ่านพ้นไปได้
5. จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยลดความหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง
6. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ค้นหาวิธีปรับตัวในทางที่สร้างสรรค์เหมาะสมตนเอง
7. ดูแลความต้องการด้านร่างกาย เช่น รับประทานอาหารและน้ำ การพักผ่อนที่เพียงพอ
8. การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่างๆ เช่น การได้รับยา การทำจิตบำบัด

3. การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention) เป้าหมายเพื่อลดการเกิดอาการเศร้า เช่น ผู้ป่วยที่เศร้ามานาน ๆ มักแยกตัว ไม่มีความหวังในชีวิต การพยาบาลระยะนี้ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้ระลึกถึงการสูญเสีย รับรู้พฤติกรรม ความรู้สึกที่แสดงออก ให้หาแนวทางเผชิญความรู้สึกอย่างเหมาะสม

3. ขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบ

ปัญหาสำคัญที่สุดประการหนึ่งของการตายโดยสงบก็คือ ความหมายของถ้อยคำต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนักกฎหมายและแพทย์ทั่วโลกต่างมีความเห็นเกี่ยวกับขอบเขตของการตายโดยสงบแตกต่างกันออกไป ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน การแยกแยะความแตกต่างระหว่างการทำให้อุบัติตายโดยสงบ การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษายังมีความชัดเจนไม่มากนัก นักกฎหมายบางท่านเห็นว่าการไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาช่วยชีวิตผู้ป่วยถือเป็นการทำให้อุบัติตายโดยสงบรูปแบบหนึ่ง ขณะที่แพทย์บางท่านก็เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายก็เป็นการทำให้อุบัติตายโดยสงบเช่นกัน ความคลุมเครือของคำจำกัดความเช่นนี้ทำให้การพิจารณาปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างปราศจากหลักเกณฑ์และไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีเท่าที่ควร จึงควรทำการศึกษขอบเขตและความหมายของการตายโดยสงบในแต่ละกรณี

1. การทำให้อุบัติตายโดยสงบ (Euthanasia)

คำว่า “Euthanasia” มีความหมายอย่างกว้างว่า การตายดี ซึ่งมาจากภาษากรีก คำว่า “Eu” หมายถึง ดี กับคำว่า “Thanatos” ซึ่งหมายถึง ตาย ความเข้าใจในปัจจุบันของคำนี้ มีความหมายว่า การก่อให้เกิดความไม่เจ็บปวด และการทำให้ตายโดยสงบ โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงความทุกข์ทรมานจากความ

เจ็บปวดและโรคที่รักษาไม่หาย จึงอาจกล่าวได้ว่า คำว่า “Euthanasia” คือการที่แพทย์ทำให้คนไข้ตายโดยปราศจากความเจ็บปวดหรือการทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากโรคที่รักษาไม่หายตาย ด้วยความรู้สึกที่เมตตาสงสารต่อคนไข้หรือผู้ป่วยนั้น ทั้งนี้ในภาษาอังกฤษมีการใช้คำว่า “Mercy Killing” แทนคำว่า “Euthanasia” จึงมีผู้แปลคำนี้ว่า “การุณยฆาต” ซึ่งหมายความว่า การฆ่าด้วยความประสงค์ที่จะให้ผู้นั้นพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ในปัจจุบันมีการแบ่งแยกประเภทของการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ การจำแนกจากลักษณะการกระทำของการทำให้ตาย กับการจำแนกจากเจตนาของผู้ป่วยก่อนที่จะถึงแก่ความตาย กล่าวคือ

1.1. พิจารณาลักษณะการกระทำ

เมื่อพิจารณาจากลักษณะการกระทำ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท กล่าวคือ

1.1.1. การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย (Active Euthanasia) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

นันทน อินทนนท์ (2546) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่นการฉีดยา ซึ่งโดยผลของการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

พระมหาวิโรจน์ วิโรจโน (2545) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการทำให้ตายโดยตรงโดยการให้ยาพิษ หรือฆ่าให้ตาย หรือถอดสายออกซิเจนที่ให้แก่ผู้ป่วยอันเป็นเหตุให้ตายอย่างสงบ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวด หรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร (2540) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึงการที่แพทย์ฉีดยา ให้ยา หรือกระทำโดยวิธีอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง

1.1.2. การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยไม่กระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย (Passive Euthanasia) มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

นันทน อินทนนท์ (2546) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา แต่ผู้กระทำมิได้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วย ทั้งยังปฏิเสธที่จะเข้าแทรกแซงเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และโดยเหตุแห่งการปฏิเสธเช่นนี้เองทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

พระมหาวิโรจน์ วิโรจโน (2545) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์งดเว้นไม่ใช้เครื่องมือแพทย์ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปทั้งที่ทำได้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยตายโดยวิธีทางธรรมชาติ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2531) ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ จาก เทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอีก

วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร (2540) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การที่แพทย์ ยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา หรือยกเลิกการรักษาและยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย ไม่ให้ยาหรือไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย เป็นต้น แต่ทั้งนี้แพทย์ยังคงให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายและลดความทุกข์ทรมาน และเป็นการดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติในผู้ป่วยที่ ใกล้ตาย เช่น การให้ยาบรรเทาปวด รวมถึงการรักษาที่พึงให้ตามปกติแก่ผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย

2. การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยในการบำบัดรักษา (Withholding/Withdrawal of Life-sustaining Medical Treatment)

การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยในการบำบัดรักษาอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

2.1. การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (Withholding of Life-sustaining Medical Treatment) (นันทน อินทนนท์, 2544; หน้า 138 อ้างถึงใน ดารณี ภัทรมังกร, 2548) ซึ่ง หมายความว่า การไม่เริ่มต้นใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากได้มีการใช้เครื่องมือดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนต่อไปอีกได้ เช่น การระงับการกระตุ้นหัวใจ (Cardiopulmonary Resuscitation) การงดการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หรือการละเว้นการเปลี่ยนถ่ายเลือด (Blood Transfusion) เป็นต้น

2.2. การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา (Withdrawal of Life-sustaining Medical Treatment) (นันทน อินทนนท์, 2544; หน้า 138 อ้างถึงใน ดารณี ภัทรมังกร, 2548) ซึ่ง หมายความว่า การเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาผู้ป่วย ซึ่งหากได้มีการใช้เครื่องมือ ดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวต่อไปอีกได้ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ผู้ป่วยฟื้นคืนชีวิตได้ อย่างคนปกติ แต่มิได้ป้องกันมิให้การตายของผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้น ก็เพราะเหตุผลง่าย ๆ ที่ว่าคนเราต้องตายทุกคน การใช้เครื่องมือเพื่อป้องกันมิให้คนตายจึงดูไร้เหตุผลและฝืนธรรมชาติ เมื่อผู้ป่วยคนนั้นไม่มีทางฟื้นได้เลยอยู่แล้ว แพทย์จึงไม่มีหน้าที่ที่จะต้องกระทำโดยใช้เครื่องมือดังกล่าวไปป้องกันการตายของผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเห็นว่าเป็นการเกิดขอบเขตหน้าที่ของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยผู้นั้นด้วยการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไป อันเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยให้ยาวนานออกไปอย่างไร้ประโยชน์ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปอดต่อมาเกิด โรครอดบวมซึ่งต้องใช้ยาปฏิชีวนะรักษา การที่แพทย์ชอบที่จะทำได้ การไม่กระทำการของแพทย์ดังกล่าวจึง ไม่ใช่การงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล แพทย์ย่อมไม่มีความปิดท้าวทางอาญาแต่อย่างใด

ซึ่งการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษามีความแตกต่างจากการทำให้ผู้ป่วยตาย โดยสงบ กล่าวคือ การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือการเพิกถอน เป็นการกระทำที่แพทย์ ผู้กระทำมิได้มีเจตนาที่จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ ความตายตามธรรมชาติ สาเหตุของความตายจึงเกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บที่ผู้ป่วยมีมาก่อน ส่วนการทำให้ผู้ป่วย ตายโดยสงบนั้นเป็นการกระทำที่ผู้กระทำมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและการกระทำนั้นก็เพื่อสาเหตุให้ ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความเห็นว่า การหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจมิได้มีผลทำให้ผู้ป่วย ตายโดยตรงและมีได้ทำให้ผู้ป่วยตายทันที เหตุที่ผู้ป่วยไม่ได้รับออกซิเจนเพราะผู้ป่วยหายใจเอาออกซิเจนเข้า

ไปไม่ได้เอง การหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจจึงต่างกับการที่คนเราเอามืออุดปากอุดจมูกคนอื่นเพื่อมิให้เขาได้รับออกซิเจน ทั้งการหยุดเดินเครื่องช่วยหายใจนี้ก็ได้ทำอะไร โดยตรงต่อเนื้อตัวร่างกายแก่ผู้ป่วยแต่อย่างใด จึงมิใช่เป็นการกระทำที่เป็นการฆ่า

3. อิทธิพลทางความคิดของสิทธิที่จะตาย

ประเด็นปัญหาเรื่องสิทธิที่จะตาย ก็เป็นหนึ่งในข้อวิพากษ์วิจารณ์อันเป็นปัญหาสิทธิมนุษยชน ประเด็นหนึ่งมาตั้งแต่ในอดีต สืบเนื่องมาจากรากฐานทางความคิดที่ให้นุชนมี “สิทธิ” อย่างเท่าเทียมกันในการตัดสินใจที่จะประพฤดิหรือกระทำสิ่งใดด้วยศักดิ์และสิทธิ์แห่งความเป็นมนุษย์อย่างสมเกียรติภูมิ จึงดูเหมือนว่าแนวคิดดังกล่าวเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุน “สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว” ทั้งสิทธิในเชิงรูปธรรมและสิทธิในเชิงนามธรรม

นอกจากรากฐานทางความคิดตามหลักสิทธิมนุษยชนซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านกฎหมายแล้ว ประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตายยังเกี่ยวเนื่องด้วยปัญหาทางด้านศาสนา ศีลธรรมและจริยธรรม ที่ควรต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย

3.1. แนวคิดตามหลักสิทธิมนุษยชน

จะเห็นได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิที่ปรากฏขึ้นภายใต้การอ้างเหตุผลจาก “สิทธิในชีวิต” หรือบ้างก็อ้างว่าเป็นสิทธิที่ขยายมาก “สิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัว” เมื่อสำรวจแนวความคิดในประเทศทางตะวันตก พบว่ามีการแบ่งแนวความคิดออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ๆ คือ

3.1.1. แนวคิดแบบเสรีนิยม

มีพื้นฐานความเชื่อที่ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความสามารถในการใช้เหตุผล ประเด็นสิทธิในชีวิตอาจเกิดขึ้นได้ 2 แนวคิด คือ หนึ่ง เพื่อปกป้องชีวิตตนเอง เพื่อแสวงหาความสุข และสอง เพื่อปกป้องชีวิตตนเอง เพื่อหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานเมื่อการมีชีวิตอยู่เหลือแต่ความปวดร้าวและทุกข์ทรมานจึงไม่มีประโยชน์อันให้ที่จะยืดชีวิตอีกต่อไป โดยเห็นว่าสิทธิในชีวิตเป็นสิทธิที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง มิใช่เป็นสิทธิที่ได้รับมอบหมาย สิทธิดังกล่าวนี้จึงเป็นเสมือนสิทธิในเสรีภาพ สิทธิที่จะตายเป็นเสมือนคนละข้างของเหรียญเดียวกันกับสิทธิที่จะมีชีวิต อยู่บนพื้นฐานสิทธิในการเป็นนายของตนเองที่สามารถจัดการกับชีวิตของตนเองตามทีเลือก โดยมีจุดยืนบนผลประโยชน์เป็นการสะท้อนถึงความจริงในทางการแพทย์เมื่อวิทยาการทางการแพทย์เพียงแต่ช่วยยืดชีวิตไม่ใช่การบำบัดรักษา การทำให้ตายโดยสงบเป็นไปเพื่อช่วยให้พ้นทุกข์ทรมานอันเป็นหน้าที่นอกจากการบำบัดรักษา

แนวคิดเช่นนี้ไม่ต่างอะไรจากกลุ่มประโยชน์นิยม ในประเด็นนี้ เดวิด ฮูม นักปราชญ์ชาวอังกฤษได้แสดงแนวคิดในแง่มุมเดียวกันไว้ว่า บุคคลที่ตัดสินใจจบชีวิตตัวเองมิได้เป็นผู้ทำร้ายสังคม เขาเพียงแต่หยุดประโยชน์เท่านั้น แม้จะทำให้เกิดความเสียหายก็ถือได้ว่าเป็นความเสียหายขั้นต่ำที่สุด พันธะทั้งหลายที่มีต่อสังคมมีทั้งให้และรับ หากตัดสินใจที่จะถอนตัวข้อผูกมัดจากสังคมก็ควรจบด้วยเช่นเดียวกัน

แนวคิดของกลุ่มเสรีนิยมในภาพรวมมิได้มีจุดมุ่งหมายให้มนุษย์ทุกคนใช้สิทธิที่จะตาย หากแต่ใช้สิทธิในการเลือกควบคุมการดำเนินชีวิตได้ หากบุคคลใดพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ก็ควรมีสิทธิในชีวิต ในทางตรงข้ามหากบุคคลใดต้องการหยุดชีวิตตนไม่ว่ากรณีใดก็ตามบุคคลนั้นก็ควรมีเสรีภาพในการเลือกใช้สิทธิที่จะ

ตาย ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานที่เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล ดังนั้นไม่ว่ามนุษย์แต่ละคนเลือกใช้สิทธิใดก็ตามล้วนแต่เป็นเรื่องที่เป็นไปได้และไม่เป็นการสมควรที่จะได้รับการแทรกแซงจากกลุ่มใดไม่ว่าจะเกิดศาสนา กฎหมาย กฎเกณฑ์อื่นใดในสังคมมนุษย์ก็ตาม

3.1.2. แนวคิดแบบอนุรักษนิยม

มีพื้นฐานแนวคิดมาจากศาสนาโดยเฉพาะศาสนาประเภทเทวนิยมที่มีความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวโยงกับพระเจ้าผู้สร้างทุกสรรพสิ่ง แม้แต่สิทธิในชีวิตของมนุษย์ก็ต้องขึ้นอยู่กับพระเจ้าด้วยเช่นกัน

แนวคิดดังกล่าวแสดงถึงการปฏิเสธการใช้สิทธิที่จะตายโดยปริยายไม่ว่าจะเป็นอัตวินิบาตกรรม (Suicide) หรือ การุณยฆาต (Euthanasia) ก็ตาม ในกรณีนี้ โทมัส อีควอนัส ได้เคยประณามบุคคลผู้ฆ่าตัวตาย รวมทั้งกรณีฆ่าตัวตายโดยให้ผู้อื่นช่วยเหลือ โดยให้เหตุผลว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งชั่วร้าย เพราะเป็นการฝ่าฝืนชีวิตตามธรรมชาติ เป็นการสร้างบาปให้ผู้อยู่รอบข้าง และชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมา ทั้งยังไม่ชอบด้วยกฎหมายและขัดต่อศีลธรรม นอกจากนี้ในทางปฏิบัติแทบเป็นไปไม่ได้ว่าผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง แต่จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแพทย์ที่จะตัดสินใจคุณภาพชีวิตผู้ป่วยขัดต่อจริยธรรมที่ถือปฏิบัติจากคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส ความเชื่อในตัวแพทย์ก็จะน้อยลง การอนุญาตให้มีการทำให้ตายโดยสงบอาจกลายเป็นสิ่งที่ไม่อาจควบคุมและนำไปสู่การใช้โดยไม่ชอบ และเกิดการใช้สิทธิโดยผู้ที่วิตกกังวลที่จะเป็นภาระแก่ครอบครัวในการเห็นเป็นหน้าที่แทนจะเป็นสิทธิ

ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย

ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติอยู่ในบุคคลทุกคน ซึ่งความต้องการจะเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตายและมีความต้องการทั้งในเวลาปกติและเจ็บป่วย ความต้องการท เป็นปัจจัยดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ความต้องการจะเกิดขึ้นเมื่อขาดความสมดุล (สุชา จันทน์นอม, 2538) ถ้าความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย เกิดความกระวนกระวายและทุกข์ทรมานได้ แต่ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองจะทำให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีประสิทธิภาพ โดยความต้องการต่าง ๆ เหล่านี้อาจแสดงออกโดยการบอกเล่าทางพฤติกรรม หรือบางครั้งก็ซ่อนเร้น (Johnson & Johnson, 1976)

ผู้ที่มีบทบาทในการให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความจำเป็นที่ต้องรู้ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย การประเมินความต้องการเป็นขั้นตอนแรกที่จะทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง เพื่อที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ(Orlando, 1982)

มีผู้ให้ความสนใจศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย ไว้ดังนี้

แฮมพ์ (Hampe, 1975) ศึกษาความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมองความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของคู่สมรส จำนวน 27 คน สามารถสรุปความต้องการได้ 2 ลักษณะคือ ความต้องการเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และความต้องการเกี่ยวกับตัวคู่สมรสเอง ซึ่ง พบความต้องการประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) ต้องการใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) ต้องการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย 3) ต้องการความมั่นใจว่า

ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย 4) ต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 5) ต้องการได้รับการแจ้งเกี่ยวกับการตายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น 6) ต้องการได้ระบายความรู้สึก 7) ต้องการความสุขสบาย และได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว 8) ต้องการการยอมรับและสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ

ดราคุบ และบรู (Dracup & Breu, 1978) ได้นำผลการศึกษาความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ แฮมพ์ (Hampe, 1975) มาใช้ในการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งทำการศึกษาในคู่สมรสที่มีภาวะเศร้าโศกจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงจนอาจตายได้จำนวน 26 คน โดยแบ่งคู่สมรสออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้การดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการตามการศึกษาของแฮมพ์คือ โทรศัพท์บอก

อาการของผู้ป่วยแก่คู่สมรสที่บ้านวันละ 2 ครั้ง จัดพยาบาลให้การดูแลและให้ข้อมูลแก่คู่สมรสเป็นคนเดิมสม่ำเสมอ ยืดหยุ่นเวลาการเข้าเยี่ยมตามความต้องการของคู่สมรส ให้ความแก่คู่สมรสวันละประมาณ 15 นาที ในการพูดคุยและให้คู่สมรสได้ระบายความรู้สึก ซึ่งผลการศึกษา พบว่า คู่สมรสที่ได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการมีความพึงพอใจต่อบริการมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาดังกล่าว ทำให้ดราคุบ และบรู (Dracup & Breu, 1978) สรุปรวมความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล เป็นความต้องการที่จะได้พูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับความรู้สึกและความกลัวต่างๆ ได้พูดคุยกับพยาบาลที่มีความคุ้นเคย มีสถานที่ที่เป็นส่วนตัวขณะพูดคุยและระบายความรู้สึก มีผู้แนะนำวิธีการลดความวิตกกังวล และได้รับอนุญาตให้ทำพิธีกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้ตามความเชื่อ

2. ด้านความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับคำอธิบาย ชี้แจงและแนะนำจากผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ ชัดเจน ถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยและเหตุผล การให้บริการต่างๆ และกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนักและโรงพยาบาล

3. ด้านความต้องการอยู่กับผู้ป่วย เป็นความต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ได้เข้าเยี่ยมดูอาการของผู้ป่วยใกล้ ๆ แม้ในช่วงสุดท้ายของชีวิตหรือได้รออยู่ในที่พักรอเยี่ยมที่ใกล้หอผู้ป่วยมากที่สุด

4. ด้านความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลความสุขสบายและบรรเทาทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยเพื่อปลอบใจและให้กำลังใจผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ให้อยู่ และเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย

5. ด้านความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นความต้องการเพื่อตนเอง ได้แก่ การได้รับความดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย ความสะดวกสบาย การมีคนคอยให้กำลังใจคอยอยู่เป็นเพื่อนใกล้ ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ช่วยแบ่งเบาปัญหาและภาระงานต่างๆ และมีแหล่งให้

การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านเศรษฐกิจและอื่นๆ

มอเตอร์ (Molter, 1979) สํารวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต โดยสร้างแบบสํารวจความต้องการแนวคิดทฤษฎีภาวะวิกฤต เพื่อศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต จำนวน 40 คน พบว่า ความต้องการที่สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญมาก 10 อันดับแรก คือ 1) ต้องการมีความหวัง 2) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สนใจดูแลผู้ป่วย 3) ต้องการมีที่พักเยี่ยมใกล้หอผู้ป่วย 4) ต้องการได้รับแจ้งทางโทรศัพท์เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 5) ต้องการทราบการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย 6) ต้องการการตอบคำถามที่ตรงกับความ เป็นจริง 7) ต้องการข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย 8) ต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง 9) ต้องการได้รับคำอธิบายด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ 10) ต้องการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยๆ

เคลียนเพล และพาวเวอร์ส (Kleinpell & Powers, 1992) ศึกษาสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจำนวน 64 คน โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ความต้องการที่สำคัญที่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยต้องการ 5 อันดับแรก คือ การตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา การโทรศัพท์บอกเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง บอกเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย บอกการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยและบอกเกี่ยวกับแผนการรักษาที่จะให้กับผู้ป่วยต่อไป

4. หลักพุทธธรรมที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบ

บุคคลทั่วไปส่วนมาก มองเห็นความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวน่าสลดใจ บางครั้งต้องหลีกเลี่ยงคำพูดที่เกี่ยวกับความตายถือว่าเป็นมงคล แต่ในทางพระพุทธศาสนาเห็นว่า ความตายเป็นสิ่งที่มีความค่าที่สามารถถือเอาสารประโยชน์ได้หลายประการ ทำให้มนุษย์รู้จักปล่อยวาง เมื่อถึงเวลาตายต้องตายด้วยความสลัดออกไป ปล่อยวางออกไป ตายด้วยจิตว่างไม่ต่อสู้ดิ้นรนเพื่อจะไม่ตาย หากเข้าใจเหตุปัจจัยพื้นฐานที่จะต้องตายแล้วย่อมไม่ต้องกังวลเลย ปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้เราทราบเกี่ยวกับความเสี่ยงในการใช้ชีวิตของมนุษย์ ก็คือเหตุที่ทำให้อายุคนเราสั้น และอายุยืน มีสาเหตุอย่างละ 5 ประการ คือ

สาเหตุที่ทำให้อายุสั้น 5 ประการ ได้แก่

- 1.) บุคคลไม่กระทำความสบายแก่ตนเอง
- 2.) ไม่รู้จักประมาณในสิ่งที่สบาย
- 3.) บริโภคสิ่งที่ย่อยยาก
- 4.) เป็นคนทุศีล
- 5.) มีมิตรเลวทราม

สาเหตุที่ทำให้อายุยืน 5 ประการ ได้แก่

- 1.) บุคคลยอมเป็นผู้ทำความสบายให้แก่ตนเอง
- 2.) รู้จักประมาณในสิ่งที่สบาย

- 3.) บริโภคสิ่งที่ย่อยง่าย
- 4.) เป็นผู้มั่งคิล
- 5.) มีมิตรดีงาม

สมเด็จพระมหาสมณเจ้า กรมพระยาชิรญาณวโรรสได้รจนาลัทธิกถาปัจจุเวกขณัม ซึ่งพระพุทธองค์ทรงแสดงแก่พุทธบริษัท ให้พิจารณาสังขารด้วยความไม่ประมาณ 5 ประการ ดังนี้

- 1.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความแก่เป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความแก่ไปได้
- 2.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความเจ็บเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความเจ็บไปได้
- 3.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีความตายเป็นธรรมดา ไม่ล่วงพ้นความตายไปได้
- 4.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เราจักต้องพลัดพรากจากของรักของชอบใจทั้งสิ้น
- 5.) ควรพิจารณาทุกวัน ๆ ว่า เรามีกรรมเป็นของตัว เราทำดีจักได้ดี ทำชั่วจักได้ชั่ว

หลักธรรมอริยมรรคมีองค์ 8 เป็นหลักธรรมหนึ่งที่ใช้สำหรับการเตรียมตัวตายอย่างสงบและสามารถย่อลงในศีล สมาธิ และปัญญา ได้ดังนี้

- 1.) มีวาจาชอบ ทำการงานชอบ เลี้ยงชีวิตชอบ ย่อลงในศีลสิกขา
- 2.) มีความเพียรชอบ มีความระลึกชอบ มีความตั้งจิตไว้ชอบ ย่อลงในสมาธิสิกขา
- 3.) มีความเห็นชอบ มีความดำริชอบ ย่อลงในปัญญาสิกขา

ศีล (Morality) คือข้อปฏิบัติเพื่อควบคุมกาย และวาจา ให้เป็นปกติ ทำให้บุคคล ครอบครัวยุค และสังคมไม่เดือดร้อน อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข หรือ ข้อบัญญัติทางพระพุทธศาสนาที่กำหนดการปฏิบัติทางกาย และวาจา ให้เป็นปกติ ทำให้บุคคล ครอบครัวยุค และสังคมไม่เดือดร้อน อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข หรือ ข้อบัญญัติทางพระพุทธศาสนาที่กำหนดการปฏิบัติทางกายและวาจา

ศีล 5 ได้แก่ 1) ไม่ล่วงละเมิดจากการฆ่าสัตว์ 2) ไม่ล่วงละเมิดในการถือเอาของที่เขาไม่อนุญาต 3) ไม่ล่วงละเมิดจากประพฤตินิคมในกาม 4) ไม่ล่วงละเมิดจากการพูดเท็จ พูดปด พูดส่อเสียด พูดเพ้อเจ้อ 5) ไม่ล่วงละเมิดจากการดื่มน้ำเมาอันเป็นฐานแห่งความประมาท อีกอันหนึ่งซึ่งเป็นสิ่งคู่กันกับศีล 5 เรียกว่า เบญจธรรม (The five ennobling virtues) คือ 1) การมีเมตตากรุณา 2) การประกอบอาชีพสุจริต 3) การสำรวมในกามมีความพอใจในคู่ครองของตน 4) การรักษาความสัตย์มีความจริงใจ และ 5) การมีสติรอบคอบ

ศีล 8 คือ ศีลที่บุคคลทั่วไปที่ประพฤติปฏิบัติ มีทั้งหมด 8 ข้อ ต่อจากศีล 5 คือ 6) ห้ามรับประทานอาหารในยามวิกาล 7) ห้ามไม่ให้เที่ยวชมการละเล่น ประโคมดนตรี 8) ห้ามตกแต่งร่างกายด้วยของหอม

ศีล 10 คือ ศีลที่ถือปฏิบัติในหมู่บ้านนักบวชเช่นสามเณร สำหรับประเทศไทยได้แก่ ชายไทยที่บวชแล้วอายุยังไม่ถึง 20 ปี เพิ่มเติมจากศีล 8 อีก 2 ข้อ คือ 9) ห้ามที่นั่งที่นอนสูงเกิน 1 ศอก และอ่อนนุ่ม เพื่อไม่หลงใหลในความสะดวกสบาย 10) ห้ามรับเงินและทอง คือไม่เก็บสะสมเงินทอง

ศีล 227 หรือ ปาฏิโมกขศีล เป็นศีลของพระภิกษุจะเรียกว่าพระวินัยก็ได้ หรือจะเรียกกฎหมายของพระก็ได้ เพราะมีบทกำหนดโทษไว้ชัดเจน วินัยจะมีส่วนหยาบกว่าศีล มีขึ้นเพื่อนปกครองป้องกันศาสนาคอยกำราบปราบปรามคนไม่ให้ทำชั่ว ไม่ให้ทำลายศาสนา สำหรับศีลนั้นมุ่งเพื่อให้คนขัดเกลาจิตใจจนเกิดความบริสุทธิ์ของจิต เป็นภาวะเข้าสู่ความเป็นพระอริยะต่อไป ศีลหรือ วินัยที่มีในพระปาติโมกข์ มีจำนวน 227 ข้อ คือ 1) ปาราชิกมี 4 สิกขาบท ถือว่าเป็นอาบัติหนักเมื่อทำผิดต้องขาดจากความเป็นภิกษุ คือ เสพเมถุน ลักทรัพย์ ฆ่ามนุษย์ อวดอุตตริมนุสสธรรมคืออวดธรรมที่ไม่มีในตน 2) สังฆาทิเสส มี 13 สิกขาบท เมื่อทำผิดแล้วจะต้องอยู่กรรมจึงจะพ้นอาบัติ 3) อนียต มี 2 สิกขาบท เช่น นั่งในที่ลับหลับตากับผู้หญิงสองต่อสอง หรือที่รโหฐาน การลงโทษขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงพยานหลักฐานต่าง ๆ 4) นิสสัคคียปาจิตติย มี 10 สิกขาบท ว่าด้วยเรื่องจีวร ทำผิดแล้วต้องปลงอาบัติคือการสารภาพผิดต่อสงฆ์ 5) ปาจิตติย มี 92 สิกขาบท ว่าด้วยจริยาวัตร การสำรวมในการพูด 6) ปาฏิเทศนียะ มี 4 สิกขาบท เป็นเรื่องเกี่ยวกับจริยาวัตร ความประพฤติด้านร่างกาย 8) เสขียะ มี 75 สิกขาบท ว่าด้วยเรื่องการนุ่งห่มเมื่อเข้าไปในหมู่บ้านหรือชุมชน 8) อธิกรณสมณะ มี 8 สิกขาบท ว่าด้วยเรื่องเกี่ยวกับเครื่องระงับอิทธิภรณ์ของคณะสงฆ์ ดังนั้น ศีล หรือวินัยของพระภิกษุจึงมีจำนวนทั้งหมด 227 ข้อ

5. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย โดยผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงและรักษาสิทธิของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

1. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health Care)

สุขภาพนับเป็นเรื่องสำคัญในชีวิตมนุษย์ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยนั้น การรักษาพยาบาลโดยมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จึงเป็นหนทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคร้ายไข้เจ็บที่เป็นอยู่ หน้าที่นี้จึงเป็นภาวะสำคัญของ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พึงจะปฏิบัติต่อผู้ป่วย และภารกิจนี้เป็นที่เข้าใจกันอย่างดี นับตั้งแต่มีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ดังปรากฏในคำสาบานของผู้สำเร็จการศึกษา จากโรงเรียนแพทย์ของกรีกที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่าคำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ส่วนหนึ่งของคำสาบานนี้ได้กล่าวถึงหน้าที่ของแพทย์ที่พึงปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยไว้ว่า ข้าฯ จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าฯ ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าฯ และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด การได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ จึงถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่พึงจะได้รับการปฏิบัติและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

2. สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The Patient's Right to Refuse Treatment)

องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ตามคำประกาศ ข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็นเมื่อแพทย์ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของ

ชีวิต ควรบอกให้ผู้ป่วย และ / หรือ ญาติของผู้ป่วยรู้โดยเฉพาะญาติที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงญาติที่เป็นทายาทใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตรธิดา บิดามารดา เมื่อทราบความจริงจะได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ก่อน จัดการภาระหน้าที่ที่ค้างอยู่ให้เรียบร้อย และผู้ป่วยอาจจะยังมีสติพอจะทำนิติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งพินัยกรรมก่อนตายได้และอาจแสดงเจตนาหรือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้

3. สิทธิการปฏิเสธการรักษา (The patient's Right to Refuse Treatment)

ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 6 ความว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดแจ้งว่าปฏิเสธการรักษาโดยต้องการนำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ไปรักษาตัวและถึงแก่กรรมที่บ้าน หรือแสดงความประสงค์ไม่ยอมให้ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยินยอมรับการทำ CPR (Cardio Pulmonary Resuscitation) เป็นต้น การแสดงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ใด ๆ ที่จะช่วยยืดหรือพยุงชีวิตนั้น เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะขอตายอย่างสงบและตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามธรรมชาติ (สุภาวดี วรพันธุ์, 2546 อ้างถึงใน แสงวง, 2540) เมื่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้แสดงเจตจำนงไว้อย่างชัดเจน ก่อนที่แพทย์จะดำเนินการให้เป็นไปตามความประสงค์ แพทย์พึงยึดหลักทางวิชาชีพและหลักจริยธรรมมาช่วยในการตัดสินใจ โดยแพทย์ต้องทบทวนการประเมินว่า (สุภาวดี วรพันธุ์, 2546 อ้างถึงใน วิชัย, 2543) 1) ผู้ป่วยหมดหวังที่จะฟื้นแล้วจริงหรือ 2) การรักษาที่ให้เพียงพอและเหมาะสมแล้วหรือยัง 3) มีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะนี้หรือไม่

หากประเมินแล้วผู้ป่วยยังคงอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการยุติการรักษาให้ญาติผู้ป่วยได้ทราบก่อน หากยังคงได้รับการยืนยันปฏิเสธการรักษาจากญาติผู้ป่วย เมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยหรือญาติแล้วในแง่กฎหมายย่อมถือได้ว่า แพทย์หมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป แต่แพทย์ควรถือปฏิบัติดำเนินการตามขั้นตอนและมีหลักฐานดังนี้ (วิฑูรย์, 2536) 1) มีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก 2) มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยได้ว่า ไม่ต้องการอยู่ในสภาพเช่นนั้น 3) ญาติในข้อ 2 ประสงค์จะรับผู้ป่วยกลับหรือประสงค์ไม่รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งโดยต้องเขียนหนังสือแสดงการไม่ยอมให้รักษาเป็นหลักฐาน

4. สิทธิส่วนบุคคล (Privacy Right)

ที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ สิทธิของบุคคลที่จะปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนี้ ถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยประการหนึ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพควรระวังมาก เนื่องจากถ้ามีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยถือเป็นความผิดทางอาญา (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323) นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย (ข้อบังคับแพทยสภา, 2526)

สังคมประเทศตะวันตกมีการรณรงค์เพื่อสิทธิของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ว่า สังคมมิได้ให้สิทธิพิเศษแก่แพทย์และพยาบาลในการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพ ตลอดจนศักดิ์ศรีของมนุษย์ที่ป่วยมีอยู่โดยธรรมชาติให้สิ้นไป สิทธิมนุษยชนนี้ จะต้องเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์ทุกคนอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าเขาจะอยู่ในสภาวะปกติหรือเจ็บป่วย

ประเด็นปัญหาจริยธรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย

สิวลี ศิริไล (2526) กล่าวถึงประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวาระสุดท้ายใกล้ตาย โดยมีประเด็นสำคัญมีดังต่อไปนี้

เมตตามรณะหรือการปล่อยให้ตายอย่างสงบ (Euthanasia)

ปัญหานี้เชื่อมโยงเกี่ยวกับปัญหาชะลอความตาย โดยมีจุดสำคัญว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจหายคืนสู่สภาพปกติ และอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ควรปล่อยให้ผู้ป่วยพบกับความตายอย่างสงบ ด้วยการยุติวิธีการชะลอความตายด้วยวิธีต่าง ๆ รวมถึงยุติการบำบัดรักษาอันจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยพบกับวาระสุดท้ายตามธรรมชาติอย่างสงบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของวิชาชีพ โดยแบ่งเมตตามรณะออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เมตตามรณะโดยความสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) 2) เมตตามรณะทางอ้อม (Involuntary Euthanasia)

การชะลอความตาย (Prolongation of Life)

ปัญหาเรื่องการชะลอความตายแก่ผู้ป่วยที่หมดหวังและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์และสิทธิที่จะตาย โดยหลักการของวิชาชีพและแพทย์ย่อมถือว่าความเจ็บปวดทรมานเป็นสิ่งที่จะต้องได้รับการบรรเทาปิดเป่า เช่นเดียวกับชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องรักษาและช่วยเหลือในขณะที่การรักษาพยาบาล เมื่อสภาพของผู้ป่วยอาการของโรคอยู่ในภาวะของการหมดหวัง ที่จะคืนสู่สภาพปกติและความตายกำลังจะมาถึง ปัญหาเกิดขึ้นว่าสมควรหรือไม่เพียงใด ที่แพทย์จะใช้วิทยาการใหม่ ๆ ทางวิทยาศาสตร์ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยเป็นการชะลอความตายไว้ จุดสำคัญของเรื่องนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่จะต้องพิจารณาดังต่อไปนี้ คือจุดประสงค์ของการชะลอความตายนั้นเพื่ออะไร เพื่อใคร โอกาสที่จะคืนสู่สภาพปกติเป็นไปได้มากน้อยเพียงไร

ความตายและศักดิ์ศรีของมนุษย์ (Death and Dignity)

จุดสำคัญของเรื่องนี้โดยตรงที่ว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายและหมดหวังเมื่อความตายมาถึงสมควรหรือไม่ที่จะใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ พยายามชะลอความตายไว้ เจตนาของแพทย์ที่จะชะลอความตายแก่ผู้ป่วยถือเป็นเมตตาดอย่างหนึ่ง แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาพสิ้นหวังวาระสุดท้าย และได้เคยแสดงให้เห็นว่าไม่กลัวต่อความตายและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ควรที่จะพยายามชะลอความตายหรือยุติวิธีการใด ๆ ทั้งสิ้นหรือไม่ การที่ผู้ป่วยได้พบความตายอย่างสงบ ได้อยู่ใกล้คนที่ตนรัก ได้ประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของตนเป็นครั้งสุดท้าย ก็กับการที่ต้องตายไปอย่างโดดเดี่ยว ภายใต้อายสียงและเครื่องช่วยทั้งหลาย อย่างไรก็ตามอะไรจึงจะเป็นการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของมนุษย์ ซึ่งยอมแล้วแต่ความเชื่อและทัศนคติส่วนตัวของบุคคล ข้อที่ควรคำนึงก็คือ บทบาทของแพทย์และพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยวาระสุดท้าย ควรเป็นไปในลักษณะใด

สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ

ดาร์ณี ภัทรมังกร (2548) ได้กล่าวถึงสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ ว่า เมื่อการแพทย์ได้พัฒนาขยายตัวมาเป็นแพทย์แนววิทยาศาสตร์ มีการนำเครื่องมือสมัยใหม่ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการรักษาโรค แต่ก็มีความเสี่ยงที่การนำเครื่องมือสมัยใหม่มาใช้ขึ้นนั้นเป็นเพียงสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป

ได้ แต่ไม่สามารถที่จะบำบัดรักษาให้หายจากโรคหรือกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้ จึงมีการเรียกร้องให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงเจตนาให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องมือสมัยใหม่ หรือทำคำสั่งล่วงหน้าห้ามมิให้ทำการบำบัดรักษาในกรณีดังกล่าว ซึ่งต่อมาในระยะหลังได้ขยายขอบเขตไปถึงการเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จึงมุ่งที่จะศึกษาสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบว่าควรมีขอบเขตแค่ไหน เพียงใด โดยจะชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์และยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยจากการศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ พบว่า ประเทศที่มีการอนุญาตให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ หรืออนุญาตให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายล้วนแต่เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันได้มีการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข กำหนดหลักการให้บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งหลักการดังกล่าว ยังขาดความชัดเจน ต้องอาศัยกรอบความคิดของบุคคลหลายฝ่ายมาพิจารณา วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงขอเสนอกรอบความคิดบางประการ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการกำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ ดังนี้ (1) สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบควรมีขอบเขตเพียงการให้สิทธิบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ซึ่งถือเป็นสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลอย่างหนึ่ง (2) ผู้ที่จะร้องขอใช้สิทธิในการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตควรเป็นผู้ป่วยเองเท่านั้น บุคคลอื่นไม่อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้ และควรระบุให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาหลักเกณฑ์และขั้นตอนการพิจารณา เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ ทั้งนี้ แพทย์มีหน้าที่ส่งคำร้องของผู้ร้องต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (3) การแสดงความจำนงล่วงหน้าควรทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ไม่ควรให้แสดงความจำนงด้วยวาจา เพื่อมิให้เกิดการโต้แย้งกันในภายหลัง (4) ให้คำนียามของสิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต โดยอ้างเหตุเพียงเพื่อเป็นการเคารพต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์หรือสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากมนุษย์ย่อมมีคุณค่าในตัวเอง การอยู่หรือการตายภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตไม่อาจลดทอนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า PAR เป็นการวิจัยในหน่วยงานของผู้วิจัยเอง ในชุมชน หรือท้องถิ่นส่วนใหญ่ เรียกว่า การวิจัยเพื่อท้องถิ่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เริ่มเกิดขึ้นเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1970 จึงมีแนวคิดใกล้เคียงกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 และมีส่วนคล้ายกับการพัฒนาชุมชนที่มีมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1920 (พันธ์ทิพย์ รามสูตร, 2540)

นงลักษณ์ วิรัชชัย และศิศนา แคมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนั้น การศึกษาบริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาบริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมีออ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วยการมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยทำอะไร คำตอบ คือ ต้องค้ำความรู้อื่นๆ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ทำอะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึง เปลี่ยนแล้วไปกลับไม่กลับมาแบบเดิม ซึ่งนั่นก็คือ การพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น ขึ้นบันไดจากขั้นที่ 1 แล้วไปขั้นที่ 3 ห้ามกลับมาขั้นเดิม

ทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อ plan, Act, Observe, Reflect แล้ว ยังไม่บรรลุผลก็กลับไป Plan ใหม่ Act ใหม่ Observe ใหม่ และ Reflect ใหม่ ก็จะเป็น Spiral cycle (วงจรแบบเกลียวสว่านไปเรื่อย ๆ) ดังนั้น การวิจัยแบบ PAR ต้องมีการประเมิน evaluation ด้วยว่า ก่อนเป็นอย่างไร need เดิมเป็นอย่างไร ทำอย่างไร ทำแล้วระหว่างทางเกิดอะไร สุดท้ายแล้วได้อะไร จึงเห็นว่า PAR เป็นสหวิทยาการมากกว่าจะเป็น Participatory ธรรมดา โจทย์จริง ๆ ต้อง Emerge ของปัญหาจริง ๆ ไม่ใช่การชี้นำ (วารสารบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2548)

ชนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะหนึ่ง เคลื่อนที่ไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นอนาคตซึ่งไม่อาจทำนายได้ โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแปลงเองในสถานการณ์นั้นถูกกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มา ในกระบวนการวิจัยเสนอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมแก้ไขปัญหาก็ไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนาและทุกสิ่งทุกอย่าง

ในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีความปัญหา หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างความเข้าใจ และเป็นการกระทำพร้อมกันที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะเดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมากอีก วนเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่แคบเกินไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเหมือนว่ากว้างขึ้น

จากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปแนวคิดได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แนวทางการดำเนินการมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งหวังแก้ปัญหาในสังคมนั้น ๆ โดยผู้แก้ปัญหาก็คือคนในสังคมนั้นเองที่ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกระทำแต่ละขั้นตอนต้องมุ่งประโยชน์ต่อสังคม และทุกขั้นตอนสังคมนั้นต้องมีส่วนร่วม โดยมุ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องมีการศึกษาบริบทของสังคมอย่างแท้จริงเพื่อให้ทราบถึงปัญหา สู่การร่วมมือกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกวิจัยเช่นนี้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุตประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สุภางศ์ จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

ชนิษฐา กาญจนรังสี (2544) สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการพยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning) ปฏิบัติตามแผน (Doing) และติดตามประเมินผล (Checking) โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปขององค์กรประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุรียา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนไหวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรานดี และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, 2546) ระบุว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ดำเนินการงานอาจขยายแวงดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่าย เข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญเท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำ โดยยึดหลักประชาธิปไตย

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAR

คุณลักษณะพื้นฐานของ PAR 6 ประการ (Kemmis และ Wilkinson อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตริยมงคล กุล, 2543, หน้า 187) มีดังนี้

1. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is social process) เพราะมีความเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างมีสัมพันธ์กัน ไม่ว่าจะปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย
2. การวิจัยแบบ PAR เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอกแต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในกลุ่มเป็นเจ้าของวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับผลประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การมีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเอง ในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การตกลงในที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผน และการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ
3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น ความรู้ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ
4. การวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipator) กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเนื่องจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปันและร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและสงบสุขมากขึ้น
5. การวิจัยแบบ PAR เน้นกระบวนการเชิงวิพากษ์ (PAR is critical) สะท้อนตนเอง (Self-reflection) ในขั้นตอนของการวิจัยทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติ
6. การวิจัยแบบ PAR เป็นเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR is recursive) จะสะท้อนถึงวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีก จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Learning by doing with others)

ดังนั้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นการวิจัยที่มีลักษณะที่มุ่งการเป็นประชาธิปไตยให้ความเท่าเทียมกับทุกคนเห็นความสำคัญ ทุกคนสามารถคิดได้อย่าง

เสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคนเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเองส่งเสริมการรักถิ่นฐานบ้านเกิดส่งเสริมการกล้าแสดงออกร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ส่วนที่ 3 วิธีการพัฒนารูปแบบและการประเมินรูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ (วาโร เฟิงส์ว็สต์, 2553, หน้า 1-15)

มีผู้ให้ความหมายของ “รูปแบบ (model)” ดังนี้

อุทุมพร จามรมาน (2541: 22) รูปแบบหมายถึงโครงสร้างของความสัมพันธ์ของหน่วยต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้น รูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติหลายตัวแปร และตัวแปรต่างๆ มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล

ทศนา แคมมณี (2545 : 218) รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย

บุญชม ศรีสะอาด (Online) รูปแบบหมายถึงโครงสร้างแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ สามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ที่มีในปรากฏการณ์ธรรมชาติหรือในระบบต่างๆ อธิบายลำดับขั้นตอนขององค์ประกอบหรือกิจกรรมในระบบ

รัตน์ะ บัวสนธ์ (2552 : 124) ความหมายของรูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้

1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริงรูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์โมเดลเสื้อ เป็นต้น

2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model”

3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบ ในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่ารูปแบบ หมายถึงกรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงาน และเกณฑ์ต่างๆ ของระบบ ที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

องค์ประกอบของรูปแบบ มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของรูปแบบ ดังนี้ Brown and Moberg (1980:16-17) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นมาจากแนวคิดเชิงระบบ (System Approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Approach) กล่าวว่างค์ประกอบของรูปแบบ ประกอบด้วย 1)สภาพแวดล้อม (Environment) 2)เทคโนโลยี (Technology) 3)โครงสร้าง (Structure) 4)กระบวนการจัดการ (Management Process) และ 5) การตัดสินใจสั่งการ (Decision Making) สมบูรณ์ ศิริสรธริธี (2547 : 354-355) ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)คุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดีที่ต้องพัฒนา

2)หลักการและแนวคิดกำกับรูปแบบ และวัตถุประสงค์ทั่วไปของรูปแบบ 3)กระบวนการพัฒนาคุณลักษณะ ภาวะผู้นำของคณบดีซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน เนื้อหาการพัฒนา วิธีการและกิจกรรมการพัฒนา วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม และผลที่ต้องการและ 4)แนวทางการนำรูปแบบไปใช้เงื่อนไขความสำเร็จ และตัวบ่งชี้ ความสำเร็จของรูปแบบ ชนกนารถ ชื่นเชย (2550 : 179-180) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง ในสถาบันอุดมศึกษา เอกชน พบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ปรัชญาและหลักการของการศึกษาต่อเนื่อง 2)กลุ่มเป้าหมายของการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 3)จุดมุ่งหมายของการจัดการศึกษาต่อเนื่อง 4)โครงสร้างระบบ บริหารของการศึกษาต่อเนื่อง 5) หลักสูตรการเรียนการสอนของการศึกษาต่อเนื่อง 6) วิธีการจัดการศึกษา ต่อเนื่อง 7)สื่อการศึกษาและแหล่งเรียนรู้ของการศึกษาต่อเนื่อง 8)การติดตามและ ประเมินผลของการศึกษา ต่อเนื่อง และ 9) การเทียบระดับและเทียบโอนผลการเรียน อัมพร พงษ์กังสนานันท์ (2550 : 274-275)ได้พัฒนารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษา ขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริม การศึกษาตลอดชีวิต พบว่ารูปแบบมีองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)ปรัชญาและ หลักการจัดการศึกษา 2) หลักสูตร 3) การจัดการเรียนรู้ 4) การประเมินผลการเรียนรู้ 5)การเทียบโอนความรู้ และประสบการณ์และการเทียบระดับการศึกษา 6)การบริหารและการจัดการศึกษา 7)กลุ่มเป้าหมายและ 8) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่และชุมชน สรุปได้ว่าการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้าง และความสัมพันธ์กันอย่างไรขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตาม แนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยและหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ลักษณะของรูปแบบที่ดี รูปแบบที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553, หน้า 1-15)

1. รูปแบบควรประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดาอย่างไรก็ตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงก็มีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
2. รูปแบบควรนำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
3. รูปแบบควรอธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

4. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่และการสร้างความสัมพันธ์ ของตัวแปรใหม่ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษา 5. รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

การพัฒนารูปแบบ ได้มีผู้กล่าวถึงขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้ (วาโร เฟิงส์วีสต์, 2553, หน้า 1-15)

วิลเลอร์ (Willer. 1986 : 83) กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การ สร้าง (Construct) รูปแบบ และ 2) การหาความเที่ยงตรง (Validity) ของรูปแบบ

บุญชม ศรีสะอาด (Online) ได้กล่าวถึงกระบวนการวิจัยการพัฒนารูปแบบโดยได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ

บุญส่ง หาญพานิช (2546 : 112 - 118) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ใน สถาบันอุดมศึกษาไทย” โดยดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์ แนวความคิด เกี่ยวกับธรรมชาติความรู้องค์ความรู้และการบริหารจัดการศึกษาของไทย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการ ความรู้กระบวนการจัดการความรู้โครงสร้างพื้นฐานของการบริหารจัดการความรู้โดยศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องการสัมภาษณ์อธิการบดีและการสอบถามผู้บริหารระดับผู้อำนวยการขึ้นไป 2) การจัดทำร่างรูปแบบ การบริหารการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย โดยนำผลสรุปจากการวิเคราะห์ สาระจากการสัมภาษณ์ อธิการบดีและจากการวิเคราะห์แบบสอบถาม นำมาสรุปเป็นข้อค้นพบเพื่อใช้เป็นฐาน ในการสร้างร่างรูปแบบการ บริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยและ 3) การตรวจสอบความ เหมาะสมและความเป็นไปได้ของ รูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้น จึงปรับปรุงแก้ไข รูปแบบการบริหารจัดการความรู้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์ (2547 : 73-84) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบ กระจายอำนาจสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ.2542 ” โดย แบ่งการ วิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบความคิดในการวิจัยโดยศึกษาเอกสารและแนวคิด ทฤษฎีและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจใน สถานศึกษาขั้นพื้นฐาน โดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาต้นแบบการปฏิรูปการเรียนรู้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานของ สถานศึกษาและสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 3) การสร้าง รูปแบบการจัดการศึกษาแบบ กระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน 4) การศึกษาความเหมาะสมและความ เป็นไปได้ของรูปแบบโดยการ สัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิและ 5) การปรับปรุงและนำเสนอรูปแบบการจัดการศึกษา แบบกระจายอำนาจใน สถานศึกษาขั้นพื้นฐาน

สมบูรณ์ ศิริสรรหิรัญ (2547 : 171) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะผู้นำ ของ คนบด” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดกรอบแนวความคิดในการวิจัยโดยศึกษา เอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทฤษฎีงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ 3) การศึกษาและประมวลความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4) การพัฒนารูปแบบการพัฒนา คุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี 5) การตรวจสอบและการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิและ 6) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบการพัฒนา คุณลักษณะภาวะผู้นำของ คณบดี

กฤษฎณผล จันท์พรหม (2548 : 88) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยศึกษาหลักการแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา บทความวิจัยฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 2) การสังเคราะห์รูปแบบ องค์ประกอบ โครงสร้างของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงโดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง 3)การพัฒนา รูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟายเพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 10 คน จำนวน 3 รอบ และ 4)การทดสอบความเหมาะสมของรูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริง สำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็นแบบสอบถามเพื่อนำไปสำรวจ ความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบัน อุดมศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบ มหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย

ชนกนารถ ชื่นเชย (2550 : 72 - 79) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน” โดยดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบ การศึกษา ต่อเนื่องสำหรับสถาบันอุดมศึกษาเอกชน โดยศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การนำข้อมูลจาก การศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อพัฒนาเป็นกรอบของรูปแบบในการจัดการศึกษาต่อเนื่องของ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน 3)การศึกษาความเหมาะสมและเป็นไปได้โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาต่อเนื่องใน สถาบันอุดมศึกษาจำนวน 19 คน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายและ 4) การตรวจสอบประสิทธิภาพและความ เหมาะสมของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษา เอกชนที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 มาจัดทำเป็น แบบสอบถาม เพื่อนำไปใช้สำรวจความคิดเห็นของผู้บริหาร สถาบันอุดมศึกษาเอกชนเกี่ยวกับความเหมาะสมของ องค์ประกอบของรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่อง หลังจากนั้นจึงกำหนดรูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องจาก องค์ประกอบที่พัฒนาขึ้น

พรจันท์ พรศักดิ์กุล (2550 : 163 - 175) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาขั้นพื้นฐาน” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การกำหนดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการ งบประมาณ โดยการวิเคราะห์เอกสารและฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต 2) การศึกษากระบวนการ งบประมาณและการ มีส่วนร่วมในกระบวนการงบประมาณของสถานศึกษาที่ดำเนินการในปัจจุบัน โดย สอบถามความคิดเห็นของ ผู้อำนวยการสถานศึกษาและรองผู้อำนวยการสถานศึกษาที่รับผิดชอบงาน งบประมาณ วิเคราะห์เอกสาร งบประมาณของโรงเรียนและสอบถามความคิดเห็นของครูผู้ปกครอง

คณะกรรมการสถานศึกษา ประธานคณะ กรรมการสถานศึกษา 3) การจัดทำร่างรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐาน 4) การประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบ โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ 5) การปรับปรุงรูปแบบและนำเสนอรูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณการใช้โรงเรียนเป็นพื้นฐาน

อัมพร พงษ์กัสนานันท์ (2550 : 108-122) ได้ทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต” โดยดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างรูปแบบ ประกอบด้วยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากทฤษฎี เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (Modified Delphi Techniques) และ 2) การประเมินรูปแบบประกอบด้วย การประเมินรูปแบบเพื่อศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบ ไปปฏิบัติในสถานศึกษา และการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้บริหารสถานศึกษาที่มีต่อการพัฒนารูปแบบ

จากการศึกษาแนวคิดและกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และ 2) การตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้ (วาโร เฟิงส์วสต์, 2553, หน้า 1-15)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง หรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis Model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่างๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

1.2 การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

1.2.1 การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2.2 การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

1.2.3 การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นต้น

1.3 การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และ 1.2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย เพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยยังอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) หรือการสนทนากลุ่ม (FocusGroup Discussion) ในการพัฒนารูปแบบก็ได้

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้ว จำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็ยังเป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบ

ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่ามีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

การทดสอบรูปแบบอาจกระทำได้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้ (วาโร เฟิงส์วสต์, 2553, หน้า 1-15)

2.1 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด การประเมินที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards of Educational Evaluation ภายใต้การดำเนินงานของ Stufflebeam และคณะ ได้นำเสนอหลักการประเมินเพื่อเป็นบรรทัดฐานของกิจกรรมการตรวจสอบรูปแบบ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน(สุวิมล ว่องวานิช. 2549 : 54 - 56) ดังนี้

2.1.1 มาตรฐานความเป็นไปได้ (Feasibility Standards) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

2.1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standards) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

2.1.3 มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety Standards) เป็นการประเมินความเหมาะสมทั้งในด้านกฎหมายและศีลธรรมจรรยา

2.1.4 มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standards) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ และได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2.2 การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้โดยข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยการประเมินค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ หรือการดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีการทางสถิติ แต่งานวิจัยบางเรื่องนั้นต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการได้ตัวเลขแล้วสรุป ซึ่งไอส์เนอร์ (Eisner. 1976 : 192-193) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีแนวคิด ดังนี้

2.2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้ง

เฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่างๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิถรณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ(Art Criticism)ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้นทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริงๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้น ในวงการศึกษาก็จึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล คือผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่างๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

2.2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ ตามอัธยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.3 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า(Rating Scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.4 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วนผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุไรพร พงศ์พัฒนามุข (2532) ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยระยะใกล้ตาย โรงพยาบาลแพร์ จำนวน 60 ราย พบว่า สามารถแบ่งความต้องการ เป็น 6 ด้าน คือ 1) ความต้องการลดความวิตกกังวล 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก และ 6) ความต้องการส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการที่สำคัญมากที่สุด คือ ความต้องการลดความวิตกกังวล ความต้องการส่วนบุคคลที่ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุด คือ พยาบาล

ธิติมา วทานีเวช (2540) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 55 คน และพยาบาลประจำการของหอผู้ป่วยหนักจำนวน 51 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ซึ่งดัดแปลงมาจาก แบบสำรวจความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติของมอลเตอร์ (Molter, 1979) ที่แบ่งความต้องการเป็น 4 ด้าน คือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และ ด้านจิตวิญญาณ ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด

สุนิสา สุขตระกูล(2544) ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยแบ่งการศึกษาความต้องการเป็น 5 ด้าน คือ 1) ด้านความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล 2) ด้านความต้องการข้อมูลสื่อสาร 3) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 4) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 5) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตายเรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือและ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ(2545) ได้ทำการศึกษา กระบวนทัศน์เรื่องความตายและมีมติแห่งสุภาพะ เพื่อค้นหาระบวนทัศน์ต่าง ๆ เกี่ยวกับความตายที่ดำรงอยู่ในสังคมไทยและในสังคมโลกที่ส่งผลกระทบต่อแนวคิดในสังคมไทย และการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมของกระบวนทัศน์ดังกล่าว จากการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้แบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายเป็นสามประการคือ

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

การที่คณะผู้วิจัยแบ่งกระบวนทัศน์และแนวคิดเกี่ยวกับความตายออกเป็นสามชุดดังกล่าว เนื่องจากเห็นว่าจะสามารถสะท้อนสภาพความเป็นจริง และช่วยให้เห็นประเด็นและแง่มุมที่เกิดจากแต่ละแนวคิดได้ชัดเจนกว่าที่จะแบ่งเป็นเพียงสองชุดตามแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของ Capra นอกจากนี้ยังเนื่องจากคณะผู้วิจัยเห็นว่ากระบวนทัศน์ทั้งสามชุดมีพัฒนาการทางสังคมที่ชัดเจน และมีรากฐานความเป็นมาที่ต่างกัน

แนวคิดแรกคือแนวคิด “เวชศาสตร์ชีวภาพ” (biomedical model) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน เป็นแนวความคิดที่มีพื้นฐานมาจากปรัชญาแบบ Descart เป็นแนวคิดที่มองว่าร่างกายเป็นเครื่องจักร และความเจ็บป่วยคือการชำรุดเสียหายของเครื่องจักร ส่วนหน้าที่ของแพทย์ก็คือการซ่อมแซมเครื่องจักรนั้น ตามแนวคิดนี้ร่างกายและจิตใจจะถูกแยกออกจากกัน การตายจึงถูกมองว่าเป็นการหยุดทำงานของร่างกายหรือเครื่องจักร เป็นความหายนะที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของชีวิต การตายจะถูกยึดออกไปด้วยวิทยาการที่ “ก้าวหน้า” และกลายเป็นเรื่องของแพทย์ที่จะต่อสู้เอาชนะความตายที่ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่แสดงถึงความล้มเหลวของตนเอง(Barton David,1979) มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของผู้ป่วย แพทย์กลายเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะ “ตายหรือไม่” และ “ตายอย่างไร” (Moller David, 1996)กระบวนทัศน์นี้แม้จะถูกวิพากษ์วิจารณ์มากขึ้น แต่ก็ยังคงเป็นกระบวนทัศน์หลักที่มีอิทธิพลทั้งต่อบุคคลากรในระบบสุขภาพ และสังคมโดยรวม และยังมีคุณูปการที่สำคัญในการรักษาโรคบางกลุ่มและการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการตายของผู้ป่วย

ทัศนะแบบที่สองมีรากฐานมาจากแนวคิดเสรีนิยมและปัจเจกชนนิยมในสังคมตะวันตกที่เน้นสิทธิและเสรีภาพ โดยให้ความสำคัญกับการมีอิสระในการตัดสินใจและการเลือกของผู้ป่วย (autonomy and choice) ซึ่งเป็นผลจากปฏิกริยาต่อการที่อำนาจตกอยู่ในมือแพทย์ และเป็นส่วนหนึ่งของการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิมนุษยชนเรื่องอื่นๆ เช่น เรื่องสิทธิสตรี การพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค ในช่วงทศวรรษ 1970(Brandt Allan, 2002) แนวคิดนี้ถือปัจเจกชนเป็นจุดศูนย์กลางในการตัดสินใจ มองว่าชีวิตและการตายเป็นเรื่องของปัจเจกชน และมักจะใช้กฎหมายเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา เช่น การออกกฎหมายพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย สิทธิการตาย (right to die) และพินัยกรรมชีวิต (living will) เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวคิดที่กำลังเริ่มมีบทบาทในสังคมไทยมากขึ้น จากผลของรัฐธรรมนูญฉบับล่าสุดที่เน้นความสำคัญของประเด็นสิทธิเสรีภาพ แนวคิดนี้มีความก้าวหน้ากว่าแนวคิดแรกที่มีการมอบอำนาจกลับคืนให้กับผู้ป่วย และเน้นคุณภาพชีวิต เช่น การตายอย่างสงบ แต่ยังมีข้อจำกัดในเชิงปฏิบัติหลายประการ และยังไม่ใช้การมองปัญหาแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เช่น ที่อาจารย์วิชัย อริยะนันท์ทกะ ผู้พิพากษาท่านหนึ่งได้กล่าวไว้ในการสัมมนาเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบว่า “เรื่องสิทธิในการที่จะยุติการดำรงชีวิตเป็นปัญหาทางจริยศาสตร์ ทางปรัชญา ซึ่งคำตอบนั้นเรามักจะพยายามมองจากกฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายที่มาจากความคิดทางยุโรปตะวันตกแต่กฎหมายเป็นคำตอบที่ค่อนข้างกระด้างและหยาบเนื่องจากกฎหมายเป็นมาตรฐานที่ต่ำสุดของสังคมในการดูแลความประพฤติของสมาชิกในสังคม เราควรหาคำตอบจากกฎหมายก็ต่อเมื่อเราไม่มีคำตอบอื่นที่ดีกว่า”(วิชัย อริยะนันท์ทกะ, 2545)

กระบวนทัศน์ที่สามคือกระบวนทัศน์แบบองค์รวม ซึ่งมีที่มาหลายกระแส ทั้งจากแพทย์ที่สนใจผู้

ป่วยแบบองค์รวม เช่น Gorge Engel ผู้เสนอแนวคิดกาย-จิต-สังคม (biopsychosocial model) (Engel, George, 1980) แพทย์หญิง Cicely Saunders ผู้ก่อตั้งบ้านพักสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศอังกฤษ (Moller David, 1996) , แพทย์หญิง Elisabeth Kubler-Ross (Kubler-Ross, 1969) ผู้บุกเบิกแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ในวงการแพทย์ยุคปัจจุบัน, จากแนวคิดของศาสนาต่าง ๆ (Longaker, 1997; Murphy 1999; พระไพศาล วิสาโล, 2541) และจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากมีที่มาหลายกระแสจึงยังมีจุดสนใจที่แตกต่างกันอยู่บ้าง เช่น บางส่วนจะเน้นที่ประเด็นคุณภาพชีวิตซึ่งเชื่อมต่อกับแนวความคิดที่สองแต่มีความยืดหยุ่นมากกว่า ในขณะที่บางส่วนสนใจแบบองค์รวมอย่างแท้จริงและมองเห็นว่าทัศนคติต่อความตายก็คือทัศนคติต่อชีวิต และเน้นประเด็นจิตวิญญาณต่างๆ เช่น ความรัก ความเมตตา การตายอย่างมีสติ และความสงบในจิตใจ ว่าเป็นจุดสำคัญที่สุดในการจัดการกับความตาย

สุภาวดี วรพันธ์ (2546) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเขต ปทุมวัน กทม. จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและความสามารถในการทำนายโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 67.8 และเห็นด้วยกับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบกับทุกสถานการณ์ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 64.5 โดยเฉพาะกรณีที่ควรได้รับยาแก้ปวดเพื่อให้พ้นความทรมานแม้ว่าอาจทำให้เกิดยาหรือถึงแก่กรรมเร็วขึ้น และเห็นด้วยต่อการใช้สิทธิผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 58.7 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ การรับรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบและปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการตายอย่างไม่สงบ การรับรู้ประโยชน์และสิ่งที่ต้องเสียไปในการตายอย่างสงบ สามารถร่วมกันทำนายการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 22.6

นฤมล บุญเลิศ และคณะ(2551) ทำการศึกษาวินิจฉัยเรื่อง ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาการดูแล/ ผลกระทบต่อครอบครัว / ความต้องการการดูแลระยะสุดท้ายของครอบครัว มีข้อค้นพบ ดังนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความตาย

บริบทมุสลิม มีความคิดเห็นเห็นว่า ความตายเป็นกำหนดของอัลลอฮ์

“จี้หายหรือไม่หายอยู่ที่อัลลอฮ์ (พระเจ้า) ถ้าเมื่ออัลลอฮ์ ให้หายก็หายแต่ถ้าอัลลอฮ์ให้ตายก็ตายเมื่อนั้น” (ผู้ดูแล 005 ไทยมุสลิม)

บริบทไทยพุทธ: ความตายเป็นเรื่องกฎธรรมชาติ

“แต่ก็ต้องทำใจถือว่าชีวิตมนุษย์เกิดแก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา สมมุติว่าแกเสียไปเราก็มีความรู้สึกเสียใจมั้งแต่ก็ต้องทำใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

2. การตอบสนองต่อภาวะใกล้ตาย

2.1 ทำใจยอมรับต่อภาวะใกล้ตายเนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่ได้

2.2 .การเตรียมตัวทางเศรษฐกิจเพื่อเตรียมพิธีกรรม

3. การดูแลของครอบครัว

3. 1. ดูแลเรื่องความสุขสบายทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

3. 2. ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย โดยใช้ทั้ง การแพทย์แผนปัจจุบัน ทางเลือก และพิธีกรรม

3. 2.1 การแพทย์แผนปัจจุบัน

“ก็จะไปคุยแล้วบอกว่าพ่อเจ็บมากมี่ยจะหายากแก้ปวดให้กิน หรือว่าไปนอนโรงพยาบาล ถ้าได้พูดคุยก็จะช่วยลืมนความเจ็บปวดได้บ้าง” (ผู้ดูแล 010 ไทยพุทธ)

3.2.2 การแพทย์ทางเลือก

“ตอนนอนโรงพยาบาลแก็ให้เอา ...รากหมาก รากพร้าวมาใส่น้ำชุบตัว ชโลมตัวแกมาชุบตัวร้อนจะน้อยลง”(ผู้ดูแล 001 ไทยมุสลิม)

3.2.3 พิธีกรรม

ไทยมุสลิม :

เหนื่อยก็อ่านกุลอวัลเลาะห์(บทหนึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน)”

(ผู้ดูแล 005ไทยมุสลิม)

ไทยพุทธ :

“หลบไปบ้านได้นิมนต์พระมาเทศน์ให้แกฟัง เอาน้ำตัดบาปตัดกรรมให้กิน พอกินได้

3 อีก แกก็หาย (เสียชีวิต)” (ผู้ดูแล 002 ไทยพุทธ)“

3.3 ส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยต่อสู้กับอาการเจ็บป่วย

“ลูกมาพูดให้กำลังใจให้มุจิบ(นึกถึงพระอัลลอฮ์)”

(ผู้ดูแล 008ไทยมุสลิม)

“ไม่มีไหรมาเป็นกำลังใจ” (ผู้ดูแล 007 ไทยพุทธ)

3.4 ใช้เครื่องมือทางศาสนามาดึงสติของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ

“อยู่ที่บ้าน...เขาถือลูกสะแบะ(ลูกประคำ)ร้อยเม็ดว่า

สุฮานันเลาะห์ อัลฮัมดุลิลละฮ์ อัลลอฮูอักบัต

(การขอพรจากอัลลอฮ์)เขาว่าสามสิ่งนั้น แหละแล้วแต่ว่าจนหลับ”

(ผู้ดูแล 008ไทยมุสลิม)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว

4.1 ด้านการทำงาน: อาชีพของผู้ดูแล เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4.2 ด้านเศรษฐกิจ : การเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่รายได้ลดลง

5. ความต้องการของครอบครัว

5.1. ต้องการบรรเทาอาการ: ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

5.2. ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยที่มีสภาพร่างกายครบสมบูรณ์

5.3 ความต้องการเลือกสถานที่ตาย

5.3.1 เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากเกิดความสบายใจที่ได้อยู่ใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล สามารถ ขอความช่วยเหลือเรื่องการรักษาพยาบาลได้

5.3.2 เสียชีวิตที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ญาติเยี่ยมได้ไม่จำกัดจำนวน รวมทั้งได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

5.4. ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่บ้าน

5.5 ต้องการสถานที่เป็นส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สรุปได้ว่า 1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของครอบครัว มีทั้งการดูแลด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ รวมทั้งมีการนำหลักศาสนามาใช้ เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยผ่านวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน 2) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องด้านการทำงานและด้านเศรษฐกิจ 3) ความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับบริบท ทาง วัฒนธรรม ความเชื่อ ความศรัทธา และหลักศาสนา

ครอบครัวดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายบนพื้นฐานของความเชื่อ ความศรัทธา ตามหลักศาสนา เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากไปอย่างสงบ ดังนั้นทิวทัศน์ภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเข้าใจในบริบทเหล่านี้

ดุซมิ กฤษมิ (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ดังนี้ (1) เพื่อศึกษาระดับทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ (4) เพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 372 คน สุ่มเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, F-test การทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยวิธี LSD, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อความตายอยู่ในระดับสูง การตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (2) ผู้สูงอายุที่มีเพศ ระดับการศึกษา รายได้ แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน (3) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โรคประจำตัว

ลักษณะครอบครัว แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) ทศนคติ ต่อความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (5) การตระหนักรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (6) การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (7) ลักษณะครอบครัวอยู่ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตรหรือหลาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การสนับสนุนของครอบครัว อายุ 80 – 89 ปี และทัศนคติต่อความตาย สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 15

จรัสแสง มิวอ่อน (2554) ศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวม 2) เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของ วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาผลการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวมของ วัดคำประมง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ โดยเชิงเอกสารในส่วนของหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาตามที่ปรากฏในพระคัมภีร์ และแนวการดูแลหลักพุทธธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำอยู่ในปัจจุบัน ในเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์หลักพุทธธรรม ได้ศึกษาข้อมูลจากการสังเกต สัมภาษณ์ การมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาการจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่วัดคำประมง การดูแลผู้ป่วยทางด้านกายมีความสอดคล้องกับหลักธรรม สัปายะ 7 ประกอบด้วย 1) อาวาสสัปายะ ที่เจียบสงบ มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย 2) โจรสัปายะ ที่ไม่ไกลจากชุมชนในการหาสิ่งจำเป็นมาใช้ในชีวิตประจำวัน 3) ภัตสัปายะ พุดคุษ ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แกกัน 4) บุคคลสัปายะ บุคคลที่เหมาะสม คือ อยู่กับผู้ป่วยและญาติที่เป็นมะเร็งเหมือนกัน ทำให้รู้สึกไม่อ้างว้างโดดเดี่ยว 5) โภชนสัปายะ มีอาหารและยาสมุนไพรรักษาที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็ง 6) อุตสัปายะ อากาศที่บริสุทธิ์เหมาะกับการฟื้นตัวของคนไข้ 7) อิริยาปถสัปายะ มีกิจกรรม การเคลื่อนไหวที่ผ่อนคลาย

วิธีการดูแลทางจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีหลักธรรมพุทธธรรมใหญ่ 4 หลักธรรมที่ได้ถูกกล่าวถึงคือ 1)ไตรลักษณ์ 2)โยนิโสมนสิการ 3) การพิจารณาบรรณานุสติ 4) การภาวนาโดยใช้อานาปานสติ 5) การอยู่กับโลกธรรม 7 โดยผ่านทางกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพพื้นฐานของคนไข้และญาติคนไข้ ที่มีพื้นฐานความคิดความเชื่อ และทัศนคติที่แตกต่างกัน

การจัดการดูแลหลักคือพระจิริธัมโม ภิกขุ (ภิกษุพัทธรนิธิ) ใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยสอนเริ่มตั้งแต่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ปรับสภาพจิตใจที่เศร้าหมอง ให้มีความสุขผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ดนตรีบำบัด สวดมนต์ร่วมกัน สร้างมิตรภาพและกำลังใจร่วมกัน ผ่านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันอย่างเกื้อกูลภายในวัดคำประมง หลักธรรมที่มีเทคนิคในการสอนทำให้ผู้ฟังผ่อนคลายทุกข์จากความเจ็บป่วยทางกายและใจ พิธีกรรมตัมยาสมุนไพร การฝึกสมาธิโดยใช้บรรณานุสติ รวมถึงการเรียนรู้ความจริงเชิงประจักษ์ คือ การร่วมสวดมนต์ให้กับคนไข้หนักที่ใกล้เสียชีวิต ทำให้เห็นสังขารของชีวิตและเกิดความปล่อยวาง เกิดปัญญาในการดำเนินชีวิตที่เหลือของตนเองอย่างมีความสุข

ผลลัพธ์ต่อสุขภาพทางกายและใจ สรุปได้ว่า ความรับรู้ต่อการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น หน้าตายิ้มแย้ม ร่างกายสดชื่น ก้อนเนื้อมะเร็งนึ่มลง ส่วนผลลัพธ์ความทุกข์ทางใจ ทุกข์น้อยลง เกิดความปล่อยวาง มีความตั้งใจที่จะต่อสู้กับโรคร้ายแต่ในขณะเดียวกันถ้ามีอาการลุกลามมากขึ้น ก็สามารถยอมรับและพร้อมที่จะจากไปอย่างสุข

สร้างสรรค์ คงเนียร (2555, ก) ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษา หนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" โดยมีวัตถุประสงค์ ๓ ข้อ ดังนี้ 1) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายตามหลักมรณานุสติในพระพุทธศาสนา 2) ศึกษากระบวนการเตรียมตัวตายในหนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" และ 3) วิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา กรณีศึกษาหนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐาน ทั้งปฐมภูมิ คือพระไตรปิฎก และทุติยภูมิ คือคัมภีร์วิสุทธิมรรค หนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" และเอกสาร รวมทั้งรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการค้นคว้ารวบรวมเอกสารดังกล่าว จึงได้นำข้อมูลที่ได้มาศึกษาเพื่อทำการวิเคราะห์ตามหลักทฤษฎี สรุป และนำเสนอผลการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า พื้นฐานของการเตรียมตัวตายนั้นเริ่มต้นมาจากเมื่อครั้งที่เจ้าชายสิทธัตถะทรงพบ เทวทูตทั้ง ๔ ที่มาปรากฏในรูปคนแก่ คนเจ็บ คนตาย และสมณะ เมื่อเป็นเช่นนั้นทรงเกิดความคิดหาหนทางปฏิบัติเพื่อพ้นจากความตาย ด้วยวิธีการเตรียมตัวตายอย่างมีสติ ซึ่งในพุทธศาสนาเรียกว่า "มรณานุสติ" การมีสติระลึกถึงความตายอยู่เสมอ อีกทั้งยังเป็นการระลึกถึงความจริงของชีวิตที่มีเกิด แก่ เจ็บ ตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา เป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อความตาย ฝึกใจให้ยอมรับความพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก เพื่อลด ละกิเลสที่ทำให้เกิดความทุกข์ และเมื่อวาระสุดท้ายมาถึงยอมทำให้จากโลกนี้ไปด้วยจิตใจที่สงบ นอกจากนั้นแล้วการเจริญมรณานุสติอย่างพากเพียรจะทำให้เป็นผู้ไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต ในขณะที่ยังมีลมหายใจอยู่ ดังนั้นจำเป็นต้องมีวิธีการเตรียมตัวตายด้วยหลักมรณานุสติดังนี้ คือระลึกถึงความตายเป็นอารมณ์โดยการเจริญมรณานุสติ เข้าใจวงจรปัจจุสมุปบาทข้ามพ้นความทุกข์จากอวิชชา ดำเนินชีวิตอย่างผู้มีปัญญาด้วยหลักไตรสิกขา หากปฏิบัติเช่นนี้ ตามที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้เมื่อถึงเวลาตายจะมีอันสงส์ทำให้ตายอย่างสงบ ไปสู่สุคติ สูงสุดคือพระนิพพาน

ส่วนการเตรียมตัวตายในหนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" นั้นมีวิธีการปฏิบัติใน 2 รูปแบบ คือ 1) การยอมรับความตาย และการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก สามารถดับความทุกข์จากอวิชชาลงได้ และมีการประพฤตินตนเป็นคนดีทางกาย วาจา ใจที่สุจริต ด้วยความมุ่งมั่นเมตตา เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จนส่งผลให้จากโลกนี้ไปอย่างสงบ 2) การปฏิเสธความตาย คือ ผู้ตายนั้นไม่สามารถมีสติในการยอมรับความตาย ปล่อยจิตใจให้ถูกรอบงำโดยอวิชชา จนไม่สามารถควบคุมกาย และใจตนเองได้ ส่งผลให้ต้องตายอย่างทุกข์ทรมานทางใจ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมอีกด้วย

จากการศึกษาวิเคราะห์ความสอดคล้องการเตรียมตัวตายในหนังสือการตุนญี่ปุ่นเรื่อง "อิจิงามิ สาสนสังตายน" กับ กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา พบว่ามีวิธี และผลที่ได้รับที่มีความสอดคล้องกัน ดังนี้ 1) การยอมรับความตาย ด้วยการมีสติระลึกถึงความตาย ส่งผลให้เป็นผู้ใช้ชีวิตอย่างไม่ประมาท ด้วยการ

เร่งบำเพ็ญประโยชน์ที่สมควรจะทำ อย่างไม่เกรงกลัวความตาย 2) ลดละความยึดมั่นถือมั่นจากความโลภ ความโกรธ และความหลง ส่งผลให้เกิดสัมมาทิฐิ มองเห็นหนทางแห่งการดับทุกข์ 3) มีความประพฤติทางกาย วาจา ใจที่สุจริต มุ่งมั่นในการทำมาความดีด้วยความเมตตา ส่งผลให้เป็นผู้มีสติ และมีจิตที่สงบ

กัณธิชา เผือกเจริญ (2556, ก) ศึกษากระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ เกี่ยวข้องการทำงานจิตอาสา 2) เพื่อศึกษากระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาของอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร 3) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา ใน อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัด สกลนคร งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงเอกสารและเชิงคุณภาพ ส่วนของงานวิจัยเชิงเอกสาร ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหา ตามที่ปรากฏในคัมภีร์พระไตรปิฎก หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรมในการเป็นจิตอาสา ใน ส่วนของเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการทำงาน บทบาทจิตอาสา และปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสากรณี อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัด สกลนคร ผลดำเนินการวิจัยพบว่า หลักพุทธธรรมที่เกี่ยวข้องการทำงานจิตอาสา สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 หมวดธรรม คือ 1) พรหมวิหาร 4 2) อิทธิบาท 4 3) สังคหัตถุ 4 4) สาราณียธรรม 6 และ 5) สัมปยุตตธรรม 7 หลักพุทธธรรมที่กล่าวมานี้ หากปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดสมาธิ จนก่อให้เกิดปัญญา ทั้งทางโลกและทาง ธรรม โดยมีศีลเป็นบาทฐาน เมื่อศีลบริบูรณ์ การเจริญสมาธิ และปัญญา จะอุปการะเกื้อกูลให้คุณความดีเจริญ ขึ้นด้วยในหนทางแห่งอริยมรรคมีองค์ 8

กระบวนการทำงานและบทบาทจิตอาสาพบว่า การบริหารงานของอโรคยศาลขับเคลื่อนด้วยพลังของ จิตอาสา 3 กลุ่มด้วยกันคือ 1) จิตอาสาต้นแบบ 2) จิตอาสาแกนหลัก 3) จิตอาสาสนับสนุน ที่หมุนเวียนกันเข้า มาตามช่วงจังหวะเวลา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติร่วมเป็นจิตอาสา มีเจ้าหน้าที่ประจำคอยเป็นที่เลี้ยง จิตอาสาจึงเข้าสู่กระบวนการทำงานตามศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มความสามารถ ตอบสนองความต้องการโดย ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจในวิถีของชีวิต ยอมรับกับความจริงที่เกิดขึ้น แม้ว่าในที่สุดของการรักษาคือ การ เสียชีวิต แต่เป็นการเสียชีวิต อย่างสุขสงบ หรือ "ตายแบบยิ้มได้" ที่เป็นผลมาจากการยอมรับความตาย ดังคำ กล่าวไว้ว่า "อยู่สบาย ตายสงบ งบไม่เสีย" จิตอาสาได้ประจักษ์เห็นความจริงของชีวิตจากการดูแลผู้ป่วย การปรับ ทัศนคติในการดำเนินชีวิต การระลึกถึงมรณานุสติ ตลอดจนการเรียนรู้วิถีชีวิตที่สอดคล้องกับหลักพุทธธรรม

ในส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตอาสา แบ่งได้เป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนภายนอก หมายถึงศักยภาพ ความสามารถทางด้านวิชาชีพ ฐานะและบทบาททางสังคม และปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุน ภายในเริ่มต้น ที่ความศรัทธา และพุทธธรรมในใจของจิตอาสา ที่ส่งเสริมให้มีการทำงานอย่างมุ่งมั่น จริงจัง จริงใจ พัฒนาศักยภาพไปพร้อมกับการทำงาน เนื่องจากใช้งานเป็นฐานของการภาวนา จึงเกิดสมาธิจากการ ทำงาน ทำให้เห็นการเจริญเติบโต คุณธรรมที่ผลิบานในใจ ดังนั้น การพัฒนากระบวนการและการใช้ศักยภาพ ของจิตอาสาที่อโรคยศาลจึงเป็นไปอย่างธรรมชาติ และในที่สุดเข้าถึงปัญญา จนไม่มีความขุ่นมัว โดยมี พระ ปพนพัชร ภิบาลพัชรนิธิ (จิรธัมโมภิกขุ), ดร. หรือ เรียกขานในนาม "หลวงตา" เป็นต้นบุญผู้ต้นแบบแห่งการ เรียนรู้ "ทำด้วยใจ ให้ด้วยรัก ไม่หวังผลตอบแทน" และไม่ว่าศักยภาพของจิตอาสาจะเป็นเช่นไรก็ตาม แต่สิ่งที่ สำคัญยิ่งกว่า คือการจิตใจของจิตอาสา อยู่กับโลกตามที่เป็นจริง อยู่กับโลกอย่างเหนือโลก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2) ดำเนินการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ แนวทางปฏิบัติในสถานพยาบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหา

เป็นการศึกษาสภาพและปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล โดยศึกษาความคิดเห็นจากผู้สูงอายุ ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 และร่วมกันวิเคราะห์ ค้นหา และระบุประเด็นปัญหา เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนแก้ปัญหา

เป็นการระดมสมอง แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ อภิปรายร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ช่วยกันหาข้อสรุป เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ตามที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เห็นว่าเหมาะสม

เป็นการใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

คือขั้นตอนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย ยอมรับในความคิดของเพื่อนสมาชิก โดยใช้สนทนากลุ่ม และแบ่งเป็นกลุ่ม ตามประเด็นปัญหาที่ระบุในขั้นตอนที่ 1 โดยดำเนินการตาม 2 แนวทางคือ

A1 การวิเคราะห์สภาพ ในปัจจุบัน

A2 การกำหนดอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาว่ามีความต้องการอย่างไร

2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือขั้นตอนการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพพึงประสงค์ หรือที่ได้ช่วยกันกำหนด เป็นขั้นตอนที่จะต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการ และค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรม และจัดลำดับความสำคัญ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพพึงประสงค์

I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการ โดย

(1) กิจกรรม หรือโครงการที่สามารถทำเองได้เลย

(2) กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น ๆ

(3) กิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการได้เอง ต้องขอความร่วมมือ เช่น ดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือการยอมรับและทำงานร่วมกันโดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่มผู้ดำเนินการ ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 การตกลงใจในรายละเอียดของการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

โดยมีกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่

โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ

เป็นการนำแนวทางการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มาทดลองใช้ และศึกษาผลการนำแนวทางปฏิบัติในขั้นตอนที่ 2 มาใช้ เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล

เป็นการนำผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนด มาสะท้อนผลการปฏิบัติ และประเมินผลหลังการใช้รูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบก่อนสรุปผลการพัฒนารูปแบบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ(อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา 2) กลุ่มครอบครัวหรือผู้ดูแล 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน และ ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์ การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย(X) ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด
 คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย
 คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง
 คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก
 คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ มากที่สุด

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสร้างเครื่องมือโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร ทฤษฎี งานวิจัย และตำราต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการ สร้างแบบสอบถาม
2. กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหา นำมาสร้างแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้ คะแนน
3. หาความเที่ยงตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วไป ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ รวมทั้งสิ้น 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ในการใช้ ภาษาและความชัดเจนของการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำผลการตรวจสอบไปปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะนำไป ทดสอบ
4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม และตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามแต่ละข้อ แล้วนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนที่จะนำไปใช้ในการศึกษา ต่อไป
5. วิเคราะห์หาความเที่ยงตรง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับสถานพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัย
2. ขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และเหตุผลความจำเป็นในการทำวิจัย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ในการวิเคราะห์ส่วนของแบบบันทึกการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในส่วนของการวิจัยเชิงวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณและมาเขียนสรุปรายงานผลการศึกษาวิจัย ต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์และศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=30		กลุ่มผู้ดูแล N=30		กลุ่มบุคลากร N=5	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	อายุ						
	อายุเฉลี่ย	70.60±8.04 ปี		37.4±8.77 ปี		28.6±3.64ปี	
2	เพศ						
	ชาย	22	73.33	5	16.67	2	40.00
	หญิง	8	26.67	25	83.33	3	60.00
3	ระดับการศึกษา						
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	26	86.67	22	73.33	1	20.00
	ระดับปริญญาตรี	3	10.00	8	26.67	2	40.00
	สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33	0	0.00	2	40.00
4	ศาสนา						
	พุทธ	28	93.33	30	100.00	5	100.00
	คริสต์	2	6.67	0	0.00	0	0.00
	อิสลาม	0	0.0	0	0.00	0	0.00
	อื่น ๆ	0	0.0	0	0.00	0	0.00
5	สถานภาพสมรส						
	โสด/หย่า/แยก/ คู่เสี้ยวชีวิต	4	13.33	18	60.00	4	80.00
	แต่งงาน/คู่	26	86.67	12	40.00	1	20.00
6	รายได้						
	รายได้เฉลี่ย	12,542.33 บาท/ด.		7,496.67บาท/ด.		32,362.4บาท/ด.	

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มผู้สูงอายุ N=30		กลุ่มผู้ดูแล N=30		กลุ่มบุคลากร N=5	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	อาชีพ						
	ข้าราชการบำนาญ	12	40.00	0	0.00	0	0.00
	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	4	13.33	16	53.33	0	0.00
	ค้าขาย	9	30.00	8	26.67	0	0.00
	ลูกจ้าง	5	16.67	6	20.00	2	40.00
	พนักงานมหาวิทยาลัย	0	0.00	0	0.00	3	60.00
	รวม	30	100.0	30	100.00	5	100.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 70.60 ± 8.04 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.336 รองลงมาคือเพศหญิง ร้อยละ 26.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 10.00 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.33 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 86.67 เป็นโสด/หย่า/แยก/คู่เสียชีวิต ร้อยละ 13.33 มีรายได้เฉลี่ย 12,542.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 30.00 และลูกจ้าง ร้อยละ 16.67

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 37.4 ± 8.77 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 86.67 เป็นโสด/หย่า/แยก/คู่เสียชีวิต ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ย 7,496.67 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 28.6 ± 3.64 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 40.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำ คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 80.00 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 20.00 มีรายได้เฉลี่ย 32,362.40 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ลูกจ้าง ร้อยละ 40.00

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล
ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม สรุปได้ดังตารางที่ 2 ดังนี้
ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

องค์ประกอบ		เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการดูแล	ความสามารถในการดูแล	
ระยะ ที่				ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติทำได้ เอง	ต้องการความ ช่วยเหลือ
1	การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย				
	1.1 ด้าน ร่างกาย	1.เพื่อบรรเทา อาการเจ็บปวดและ ความทุกข์ทรมาน จากความเจ็บป่วย	1.การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อ ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด ทรมาน เช่น การบรรเทา อาการปวด อาการหายใจ ลำบาก อาการคลื่นไส้ อาเจียน และอาการรุนแรงทางกายอื่น ๆ ที่เกิดกับผู้ป่วยสูงอายุ		✓
		2.เพื่อดูแล สุขอนามัยและ กิจวัตรประจำวัน	2. การดูแลความสะอาดของ ร่างกาย การรับประทานอาหาร การขับถ่ายและกิจวัตร ประจำวันอื่น ๆ	✓	✓
	1.2 ด้านจิตใจ	1.เพื่อไม่ให้ผู้ป่วย รู้สึกท้อหรือหมดหวัง	1.การมาเยี่ยม ใส่ใจต่อ ความรู้สึกหรือพูดคุยกับผู้ป่วย สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	✓	✓
		2.เพื่อสร้างความ ตระหนักและ เตรียมรับภาวะการ เข้าสู่การตายอย่าง สงบโดยรับรู้ว่าเป็น เรื่องธรรมชาติ	2.การให้ข้อมูลการรักษาเพื่อ เตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย สูงอายุและญาติ เพื่อช่วยกัน วางแผนการรักษา และเตรียม ความพร้อมด้านจิตใจรับว่าการ ตายเป็นส่วนหนึ่งของวงจรชีวิต		✓
	1.3 ด้านการ รักษาพยาบาล	1.เพื่อสื่อสารข้อมูล การรักษาพยาบาล	1.การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ญาติได้มีส่วนร่วมในการวาง แผนการรักษา การทราบ ผลการรักษา และการเลือก ตัดสินใจในการรักษาพยาบาล		✓
		2. การทำงานเป็น ทีมในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ	2. การทำงานประสานความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการสื่อสารที่ดี		✓

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม(ต่อ)

องค์ประกอบ		เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการดูแล	ความสามารถในการดูแล	
ระยะ ที่				ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติทำได้ เอง	ต้องการความ ช่วยเหลือ
1	การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย (ต่อ)				
		3.การรับฟัง ให้ คำแนะนำและ แจ้งสิทธิของ ผู้ป่วย	3. การสร้างช่องทางการสื่อสาร ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้ ข้อมูล ชักถามข้อสงสัย และ รับทราบสิทธิผู้ป่วย และสิทธิ ของการรักษาพยาบาล รวมทั้ง การแจ้งค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลด้วย		✓
		4.ไม่ให้การรักษา ที่ไม่จำเป็น	4.ไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็น หรือไม่มีประโยชน์ที่จะทำให้ ผู้ป่วยสูงอายุทรมาณมากยิ่งขึ้น หรือเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นโดยไม่ จำเป็น เช่น การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการหรือการตรวจ ร่างกายพิเศษ อื่น ๆ ที่ไม่มีผล ต่อการรักษา		✓
2	การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลัง จะเสียชีวิต				
		1.การช่วยให้ ผู้ป่วยได้เสียชีวิต อย่างสมศักดิ์ศรี ของความเป็น มนุษย์	1.ความต้องการให้ครอบครัว ยอมรับสภาพความเจ็บปวด ของผู้ป่วยสูงอายุและไม่ โศกเศร้าเสียใจหากท่านจากไป	✓	
			2.การจัดการกับความต้องการ ของผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการให้ อภัยผู้อื่นทุก ๆ คน ที่เคย ล่วงเกิน และขอบคุณคนที่มี บุญคุณ	✓	✓

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม(ต่อ)

องค์ประกอบ		เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการดูแล	ความสามารถในการดูแล	
ระยะ ที่				ผู้ป่วยสูงอายุและ ญาติทำตัวเอง	ต้องการความ ช่วยเหลือ
2	การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลัง จะเสียชีวิต(ต่อ)				
			3.ความต้องการจากไปอย่าง สงบ ท่ามกลางคนใกล้ชิด คน ที่รัก ลูก ๆ หลาน ๆ	✓	✓
		2.ความเข้าใจและ เห็นอกเห็นใจจาก บุคลากรทาง การแพทย์	1.ต้องการให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่แสดงถึงการ ยอมรับและเข้าใจสภาพความ เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ		✓
			2. ต้องการการดูแลผู้ป่วย สูงอายุด้วยความรักและ ความห่วงใย		✓
			3.เปิดโอกาสให้มี ประสบการณ์การบำบัด เยียวยาเอื้ออาทรต่อจิต วิญญาณตนเองตามความเชื่อ ทางศาสนาของผู้ป่วยสูงอายุ		✓
3	การเตรียมความพร้อมหลังการตาย				
		1.เพื่อให้ญาติ ผู้ป่วยเผชิญความ เศร้าโศกและ ความสูญเสียได้	1. การใช้ถ้อยคำที่แสดงให้ เห็นถึงความจริงใจ ความเห็น ใจ และความพร้อมในการให้ ความช่วยเหลือ และสร้าง ความเชื่อมั่นให้กับครอบครัว ของผู้สูญเสีย		✓
			2.การให้ความรู้เรื่อง กระบวนการของความเศร้า โศก การให้กำลังใจ การ ประเมินความสามารถในการ ปรับตัวหลังความสูญเสีย		✓
			3. การช่วยหาทางเลือกหรือ กิจกรรมที่ครอบครัวทำแล้ว เกิดความสบายใจ เช่น การ ปฏิบัติตามแนวทางของแต่ละ ศาสนาหรือความเชื่อ		✓

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม(ต่อ)

องค์ประกอบ		เป้าหมายการดูแล	กิจกรรมการดูแล	ความสามารถในการดูแล	
ระยะ ที่				ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติทำได้ เอง	ต้องการความ ช่วยเหลือ
3	การเตรียมความพร้อมหลังการตาย				
		2. เพื่อให้ความ ช่วยเหลือ สนับสนุน ครอบครัวหลัง ผู้ป่วยชีวิต	1.การช่วยเหลือการจัดการศพ ของผู้เสียชีวิต และเคลื่อนย้าย ศพ จัดหาแหล่งประโยชน์และ ช่องทางการติดต่อประสานงาน ต่าง ๆ ให้แก่ครอบครัวผู้ สูญเสีย		✓
			2. การให้คำปรึกษา เพื่อให้ค รครอบครัวได้ระบายความเศร้ าการให้คำแนะนำ แหล่ง ประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อเยียวยา ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ		✓

จากตารางที่ 3 พบว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อม 3 ส่วน คือ 1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2 การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย โดยมีความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล โดยมีองค์ประกอบย่อย คือ 1) การกำหนดเป้าหมายของการดูแล 2) การกำหนดกิจกรรมการดูแล และ 3) การประเมินความสามารถในการดูแล โดยมี ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย
3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย
4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

การแปลผล ของแบบสอบถาม สามารถแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถาม โดยถือเกณฑ์การคิดคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ย \bar{X} ของเบสท์ (Best , 1981 : 173-175) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ น้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจ มาก
- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ มากที่สุด

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ประเด็น	ความพึงพอใจ		
	\bar{X}	SD	แปลผล
1. ความครบถ้วนสมบูรณ์ของแนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล			
1.1 ความครบถ้วนสมบูรณ์ในภาพรวม	4.27	0.47	มาก
1.2 ความครบถ้วนสมบูรณ์ขององค์ประกอบย่อยในแต่ละแนวทาง	4.18	0.75	มาก
1.3 ความครบถ้วนสมบูรณ์ตามเป้าหมายของการดูแล	3.91	0.70	มาก
2. ความสามารถแนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล			
2.1 ความสามารถในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน	4.82	0.40	มากที่สุด
2.2 ความสามารถในการใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติ	4.82	0.40	มากที่สุด
2.3 ความสามารถในการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานเป็นทีม	4.18	0.75	มาก
3. ความสะดวกในการนำไปใช้			
3.1 ความง่ายและสะดวกในการทำความเข้าใจ	3.64	0.50	มาก
3.2 ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.36	0.40	มาก
3.3 ความง่ายและสะดวกในการประเมินและติดตามผล	4.27	0.47	มาก
4. ความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน	4.27	0.47	มาก
4.1 รูปแบบมีความเหมาะสมในการใช้งาน	4.09	0.40	มาก
4.2 รูปแบบมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน	4.82	0.83	มากที่สุด
รวม	4.30	0.54	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.55$) โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.40$) และมีความพึงพอใจต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้นำไปใช้งาน ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.83$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 9 เรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล (ปีที่ 2)” เป็นโครงการวิจัยย่อย ภายใต้แผนงานวิจัย “การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” ซึ่งในระยะที่ 2 ปี ที่ 2 นี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการระดมความคิดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ประชากร คือ ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และ ผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน ขั้นตอนการศึกษาคือ ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การวางแผนแก้ปัญหา 3) การลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินผลการใช้รูปแบบ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้สูงอายุที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีอายุเฉลี่ย 70.60 ± 8.04 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.336 รองลงมาคือเพศหญิง ร้อยละ 26.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.67 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 10.00 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.33 รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 6.67 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 86.67 เป็นโสด/หย่า/แยก/คู่เสียชีวิต ร้อยละ 13.33 มีรายได้เฉลี่ย 12,542.33 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 40.00 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 30.00 และลูกจ้าง ร้อยละ 16.67

กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 37.4 ± 8.77 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 16.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 26.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 86.67 เป็นโสด/หย่า/แยก/คู่เสียชีวิต ร้อยละ 60.00 มีรายได้เฉลี่ย 7,496.67 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 26.67 และลูกจ้าง ร้อยละ 20.00

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 28.6 ± 3.64 ปี ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 40.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำ คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ และสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 20.00 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่เป็นโสด ร้อยละ 80.00 แต่งงานและมีคู่ ร้อยละ 20.00 มีรายได้เฉลี่ย 32,362.40 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 60.00 รองลงมาคือ ลูกจ้าง ร้อยละ 40.00

2. ผลการพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

รูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มีการเตรียมความพร้อม 3 ระยะ คือ

1. การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย
2. การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต
3. การเตรียมความพร้อมหลังการตาย

โดยมีองค์ประกอบย่อยที่เป็นความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล คือ 1) การกำหนดเป้าหมายของการดูแล 2) การกำหนดกิจกรรมการดูแล และ 3) การประเมินความสามารถในการดูแล สรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย
3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย

ใกล้ตาย

4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

3. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล

ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวม มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.55$) โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติ ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.40$) และมีความพึงพอใจต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.82$, $SD = 0.83$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ผลการพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ที่พบว่า ควรมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมแยกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย 2) การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต 3) การเตรียมความพร้อมหลังการตาย สอดคล้องกับ พัทธกระพจน์ ศรีประสาร วรธิดา มาศเกษม และอนงค์ ดิษฐสังข์ (2558, หน้า 98-109) เรื่อง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข ที่เสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไว้ 3 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะประคับประคอง 2) การดูแลเมื่อใกล้เสียชีวิต และ 3) การดูแลหลังเสียชีวิต โดยมีองค์ประกอบย่อยที่เป็นความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัวที่ต้องการการดูแล คือ 1) การกำหนดเป้าหมายของการดูแล 2) การกำหนดกิจกรรมการดูแล และ 3) การประเมินความสามารถในการดูแล สรุปประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1. การสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็น 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 3. การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย 4. การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สุนิศา สุขตระกูล (2544) ที่ทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งศัลยกรรมและอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่พบว่า ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย เรียงลำดับความต้องการได้ดังนี้ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 2) ความต้องการอยู่กับผู้ป่วย 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนช่วยเหลือ และ 5) ความต้องการบรรเทาความวิตกกังวล

2. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญการสูญเสียและสามารถปรับตัวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจะได้จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และได้รับการดูแลเป็นอย่างดี ซึ่งผลประเมินความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวทางและรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ในระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อความสามารถในการใช้เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติ ในระดับมากที่สุด

และมีความพึงพอใจต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้งาน ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นงศ์รักษ์ สัจจานิจการ(online) ที่ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จากโรงพยาบาลสุ่เครือข่ายชุมชน ซึ่ง พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสุ่เครือข่ายชุมชน สามารถสร้างแนวทางการดูแลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบสุขได้ โดยที่ญาติผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาต่อการดูแลได้เหมาะสมถึง ร้อยละ 84 ญาติผู้ป่วยพึงพอใจต่อการดูแลร้อยละ 96 เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 91 เจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานร่วมกันร้อยละ 88 ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดจากการใช้ยาบรรเทาปวดชนิดเม็ด ร้อยละ 90.40 มีแหล่งประโยชน์ภายในชุมชนเข้ามาดูแลและให้ความร่วมมือช่วยเหลือ เช่นเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ซึ่งเป็นผลจากการนำแนวทางการเตรียมผู้ป่วยและญาติในระยะสุดท้ายของเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เนื่องจาก สถานพยาบาลส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีระบบและกลไกไม่เพียงพอ และยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีการสร้างและพัฒนาขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และบริบทชุมชนเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการขยายตัวทำให้การเลือกเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย
2. ควรนำรูปแบบและแนวทางการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบไปใช้ วางแผนในการดูแล และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและญาติในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล โดย ดำเนินการตามรูปแบบการ กำหนดเป้าหมายการดูแล การวางแผนการดูแลร่วมกัน และประเมินผลการดูแล รวมทั้งการสร้างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถเสริมสร้างคุณค่า ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและครอบครัวในแต่ละระยะได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลนี้ ไปทดลองใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อประยุกต์และเพิ่มความสมบูรณ์ของรูปแบบให้ชัดเจนขึ้น
2. ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและญาติในเชิงลึกตามบริบทของการเกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีอัตราการตายสูงในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ควรสร้างคู่มือการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลไว้ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวศึกษาและเรียนรู้ รวมทั้งคู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ไว้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้วย

บรรณานุกรม

- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กันธิชา เพือกเจริญ. (2556). *ศึกษาระบวนการทำงานของจิตอาสา กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กฤษณผล จันทร์พรหม. (2548). *การศึกษารูปแบบมหาวิทยาลัยเสมือนจริงที่เหมาะสมสำหรับสถาบันอุดมศึกษาในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชนิษฐา กาญจนรังสี. (2544). *เอกสารการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*. กองพัฒนาอาสาสมัครและผู้นำท้องถิ่นกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากรมการพัฒนาชุมชน.
- จรัสแสง ผิวอ่อน. (2554). *การจัดการเพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม กรณีศึกษาวัดคำประมง จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ชนกนารถ ชื่นเชย. (2550). *รูปแบบการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดารณี ภัทรมังกร. (2548). *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชานิติศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ดุขฎี กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทศนา แคมมณี. (2545). *ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2545). *กระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาพ*. เอกสารประกอบในเวทีกระบวนการทัศน์สุขภาพ 1 : ชีวิตความตายและจิตวิญญาณ วันที่ 5 สิงหาคม 2545 ในงานการ

ประชุมวิชาการหนึ่งทศวรรษสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ร่วมสร้างสุขภาพสังคม สู้สังคมแห่งสันติภาพ" วันที่ 5-7 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพฯ.

จิตติมา วทานิยเวช (2540). *ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของตนเอง และของพยาบาล*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นฤมล บุญเลิศ และคณะ. (2551). *ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

นันทน อินทนนท์.(2544). *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ. บทบัญญัติ*. 57, 4, 136-139.

_____. (2546). *สิทธิที่จะตาย: สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ. ตายอย่างมีศักดิ์ศรี*, 88-91.

บุญชม ศรีสะอาด. (ม.ป.ป.) สืบค้นเมื่อ 14 กรกฎาคม 2557. จาก

<http://www.watpon.com/boonchom/development.pdf>

บุญส่ง หาญพานิช. (2546). *การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษาไทย*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล. (2543). *การออกแบบการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พรจันท์ พรศักดิ์กุล. (2550). *รูปแบบกระบวนการงบประมาณของโรงเรียนที่บริหารงบประมาณแบบใช้โรงเรียนเป็นฐานในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พระไพศาล วิสาโล. (2541). *ประตูลู่สู่สภาวะใหม่: คำสอนอริเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พัชระกรพจน์ ศรีประสาร วรธิดา มาศเกษม และอนงค์ ดิษฐ์สังข์. (2558). *การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน : ความท้าทายในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุข*. ใน *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 29(2). พฤษภาคม- สิงหาคม. หน้า 98-109.

พันธ์ทิพย์ รามสูตร.(2540). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

พุทธทาสภิกขุ. (2539). *ตายก่อนตาย*. ธรรมสภา. กรุงเทพมหานคร.

มัลลิกา มัตติโก และคณะ. (2542). *ร่มโพธิ์ร่มไทร : สถานภาพและบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตน์พงศ์ ก่องดา. (2548). *การเตรียมตัวตายอย่างสงบตามหลักพุทธธรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญา ศาสนาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพุทธศาสนาและปรัชญา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.

รัตน์ บัวสนธิ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ : คำสมัย.

วันเพ็ญ ปันราช. (2552). *การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพัฒนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ ใน *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*. 2(4). กรกฎาคม - ธันวาคม. หน้า 1-15.

วิชัย อริยะนันท์. (2545). *เอกสารสรุปการประชุมงานวิชาการ รำลึกศาสตราจารย์จิตติ ดิงศภัทย์ ครั้งที่ 6 เรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ: ร่วมสานแนวคิดสู่การปฏิบัติ”*, 31 มีนาคม 2544, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ : กองทุนศาสตราจารย์ จิตติ ดิงศภัทย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, แพทยสภา.

วิฑูร อึ้งประพันธ์. (2537). *นิติเวชสาธก ฉบับสิทธิผู้ป่วย*. โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. กรุงเทพมหานคร.

วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร. (2540). *แนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมาย ต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิสุทธิ วิจิตรพัชรภรณ์. (2547). *การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบกระจายอำนาจในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานตามแนวทางพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริรัตน์ จำปีเรือง. (2556). *การพยาบาลแบบองค์รวมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพสำหรับเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ผิดปกติ*. วันที่ค้นข้อมูล 21 สิงหาคม 2556 , เข้าถึงได้จาก

<http://sirirut2003.blogspot.com/2013/06/blog-post.html>

สมบูรณ์ ศิริสรธรธีรณ. (2547). *การพัฒนา รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของคณบดี*.
วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สร้างสรรค์ คงเนียร. (2555). *ศึกษาวิเคราะห์กระบวนการเตรียมตัวตายในพระพุทธศาสนา*
กรณีศึกษา หนังสือการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง "อิคิงามิ สาส์นสั่งตาย". บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

สันต์ หัตถิรัตน์. (2521). *การดูแลผู้ป่วยหมดหวัง*. กรุงเทพมหานคร. อัมรินทร์การพิมพ์.

สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร. (2547). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม:แนวคิดและแนวปฏิบัติ*.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนวิจัยสนับสนุนการวิจัย.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). *ความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุใน*
สถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 34(1). มกราคม -เมษายน. หน้า 71-87.

สุชา จันทน์เอม. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ. ไทยวัฒนาพานิช.

สุนิศา สุขตระกูล.(2544) . *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย*
ภาวะใกล้ตาย. บัณฑิตวิทยาลัย ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภางค์ จันทวานิช. (2543). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่9).กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232)

สุภาวดี วรพันธ์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเพื่อใช้สิทธิที่จะตายอย่างสงบเมื่อ*
ถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชา
สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปสำหรับผู้บริหารการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.*
2552. กรุงเทพมหานคร.

_____. (2553). *รายงานสถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ.2553 (ฉบับพิเศษ)*. กรุงเทพมหานคร.

สำนักมาตรฐานการศึกษา. (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. สำนักงานสภाराชภัฏ. สำนักงาน
มาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงศึกษาธิการ.

อนงค์รักษ์ สัจจานิจการ.(มปป.). *ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย*
จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลวังท่าผ้า. น่าน.

อัมพร พงษ์กัสนานนท์. (2550). *การศึกษารูปแบบการจัดการศึกษานอกระบบในสถานศึกษา
ขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อุทุมพร จามรมาน. (2541). “โมเดลคืออะไร” . วารสารวิชาการ. มีนาคม, 22-25.

อุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ. (2532). *ความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต* . กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.

Barrow, G.M. & Smith, P.A. (1979). *Aging, ageism, and society*. New York: West
Publishing.

Barton David. (1979). *Dying and death: A clinical guide for caregivers*, chapter 6.
Baltimore: Williams &Wilkins.

Brandt Allan M., (2002). Bioethics: Then and Now. *Health Highlights*, Spring 2002;
Volume 3, Number 1.

Best, John W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Breu C., Dracup K. (1978). Helping the spouses of critically ill patients. *Am J Nurs*
78:50–53.

Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64, 93-98.

Hampe, S.O.(1975). Needs of the grieving spouses in a hospital setting. *Nursing
Research*. 24, 113-120.

Joffrion,L.P., & Douglas, D. (1994). Grief resolution Facilitating self-transcendence in
the bereaved. *Journal of Psychosocial Nursing*. 32(3). 13-19.

Keck, V. & Walther, L. (1977). Nurses encounters with dying and non-dying patients.
Nursing Research, 26, 465–469.

Kleinpell RM & Powers MJ. (1992). Needs of family members of intensive care unit
patients. *Appl Nur Res*. 5(1): 2-8.

Kubler-Ross E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: The Macmillian company.

Longaker, Christine. (1997). *Facing Death and Finding Hope*. London: Arrow Books Limited.

Moller David W.(1996). *Confronting death: Values, institutions & human mortality*. New York, Oxford. Oxford University Place.

Molter N.(1979). Needs of relative of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung*. 8: 332-339.

Murphy, N Michael. (1999). *The wisdom of dying*. Shaftesbury, Dorset: Element Books Limited.

Orlando, P. (1982). *Slavery and Social Death: A Comparative study*. The president and fellows of Harvard College. United State of America.