



การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 ลีพระยา

โดย

ปิ่นพร นามเพราะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2565

PREPARING THE ELDERLY FOR PEACEFUL DEATH: A CASE STUDY
OF PUBLIC HEALTH CENTER 23 SIPHRAYA

BY

PANNAPORN NAMPHRAO



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF MASTER OF SOCIAL WORK
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2022

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

ปณพร นามเพราะ

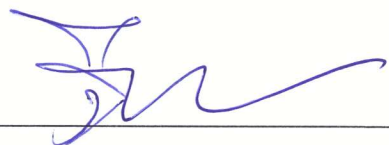
เรื่อง

การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

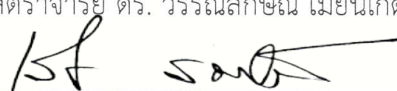
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


(ศาสตราจารย์ ดร. กิติพัฒน์ นนทปัทมดูลย์)

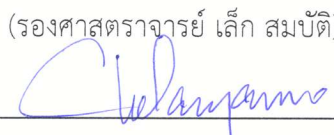
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์


(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


(รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ)

คณบดี


(รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉรา ชลายนนาวัน)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา
ชื่อผู้เขียน	ปณพร นามเพราะ
ชื่อปริญญา	สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
ภาควิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ
ปีการศึกษา	2565

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบและการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 13 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ด้วยการตีความข้อมูล โดยผ่านแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดเป็นผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 ราย และผู้ดูแลชายเพียง 1 ราย ผู้ดูแลแต่ละคนมีบทบาทในการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น บทบาทของสามี/ภรรยา บทบาทระหว่างบุตรที่ต้องดูแลบิดา/มารดาและบทบาทระหว่างบุตรและภรรยาที่ต้องดูแลบิดา/มารดา และคู่สมรส เมื่อผู้สูงอายุรับบทบาทในการดูแลจะต้องปรับตัว เพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลโดยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวและยอมรับการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักได้ ในบางรายปฏิเสธความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เช่น ปฏิเสธ/ต่อรองที่จะพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยหรือความตาย และมีมุมมองว่าความตายเป็นเรื่องของเวรกรรม ซึ่งปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นกลวิธีในการเผชิญปัญหาในการยอมรับการเจ็บป่วยและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทั้งนี้ประสบการณ์ ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุให้ความหมายการตายทั้งในแง่บวก คือ มีมุมมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องปกติธรรมดา เป็นสิ่งที่คาดเดาไม่ได้ ความตายคือการระลึกถึงสิ่งที่ได้กระทำก่อนที่จะตาย และความตายคือการหลุดพ้นความทรมาน และในแง่ลบ คือ ความตายคือการสูญเสีย/พลัดพรากจาก

สิ่งที่รัก ดังนั้นความหมายของการตายจะผกผันตามอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเองอันเนื่องมาจาก 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การนับถือศาสนาบทบาทภายในครอบครัว บริบทความสัมพันธ์ในครอบครัว ประสบการณ์จากการดูแลและการเผชิญการสูญเสีย และการวางแผนในชีวิตของผู้สูงอายุ และ 2) ลักษณะภายนอก เช่น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสถานะทางเศรษฐกิจที่ทำให้บุคคลเกิดกระบวนการตีความผ่านการรับรู้ ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมออกมาเป็นการให้ความหมายการตายที่ใกล้เคียงกับสถานะที่ตนเองเคยประสบพบเจอและการให้ความหมายของบุคคลจะผกผันไปตามการเปลี่ยนแปลงของลักษณะภายในและภายนอกที่กล่าวถึงในข้างต้นและยังส่งผลไปถึงการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ดังนั้นการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ จึงมีการให้ความหมายที่ผกผันตามกาล หรือช่วงเวลา

สำหรับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ พบว่า ผู้สูงอายุนำประสบการณ์ตรงในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักและประสบการณ์ทางอ้อมจากญาติหลังชีวิตมาเป็นมุมมองในการเตรียมความพร้อมรับมือกับความตายให้แก่ตนเองโดยการวางแผนในการเตรียมตัวก่อนตายให้แก่ตนเองมีทั้งแง่เจตนาให้แก่สมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นทราบ และไม่ได้แง่เจตนาให้แก่บุคคลใดทราบหากมีการวางแผนไว้ ทั้งนี้การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ ผู้สูงอายุยึดความต้องการ หรือความปรารถนาครั้งสุดท้ายก่อนตายของตนเองเป็นที่ตั้งหากพ่วงด้วยความห่วงใยให้แก่บุคคลอันเป็นที่รักที่ยังมีชีวิตอยู่ทำให้การเตรียมความพร้อมก่อนตายของผู้สูงอายุแสดงถึงความเมตตาทั้งต่อตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก สำหรับประเด็นความปรารถนาครั้งสุดท้ายก่อนที่จะจากลาพบว่า ความปรารถนาของผู้สูงอายุจะได้รับการตอบสนองได้นั้นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและจากสังคมเป็นสำคัญ โดยระดับสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีจะเป็นแรงสนับสนุน และเปิดโอกาส ให้แก่ผู้สูงอายุกล้าแสดงความคิดเห็น เปิดเผยอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของตนเอง ในพื้นที่ “ส่วนตัว” คือ บ้าน และ “พื้นที่สาธารณะ” เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีพื้นที่สนทนาในประเด็นการเตรียมความพร้อมสู่การตายได้อย่างเปิดเผยจะสร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และการสร้างความผูกพันทางจิตใจให้แก่ตนเองก่อนที่จะจากลา

คำสำคัญ: ความตาย, การให้ความหมาย, การเตรียมตัวตาย, ผู้สูงอายุ

Thesis Title	PREPARING THE ELDERLY FOR PEACEFUL DEATH: A CASE STUDY OF PUBLIC HEALTH CENTER 23 SIPHRAYA
Author	Pannaporn Namphrao
Degree	Master of Social Work
Major Field/Faculty/University	Department of Social Work Social Administration Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Wannalak Miankerd, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Associate Professor Lek Sombat
Academic Year	2022

ABSTRACT

The study of “Preparing the Elderly for Peaceful Death: A Case Study of Public Health Center 23 Siphaya” this research offered preparation and redefinition of peaceful death to older citizens by studying a group of 13 samples. Data collected by interviews was analyzed phenomenologically.

Results were that the sample group comprised 12 female and 1 male participants. Each had an individual caregiver role as partner, child, husband or wife. Old caregivers prepared and adapted to their duties. Some cases featured denial in discussions or the subjects of pain and death were seen as fateful matters. Such attitudes referred to mental mechanisms to cope with the pain and loss of loved ones. Those experiences resulted in positive perspectives on death as natural, unpredictable, pain relief as well as negative perspectives, including loss and departure of loved ones. The meaning of death may differ among old samples, depending on mood and behavioral awareness according to two factors: 1) personal characteristics such as gender, age, educational level, religion, family ties, loss and life goal experience; and 2) external factors such as living environment and economic status, potentially causing direct or indirect depictions of death relating to personal

experience. The aforementioned changing factors may result in altered emotions and behavior among participant. This makes according meaning to peaceful death time-dependent.

Old samples found that personal experience of being cared for by loved ones and indirect past experience included preparing for, and planning, death by informing family members. In preparation, old samples concentrated planning final wishes and worried about surviving relatives. Final wishes were fulfilled by family members and communities. Family support opened opportunities for geriatric samples to express feelings, emotions, and desires in a private domestic space and public space of the geriatric community. Old samples with communication spaces may openly discuss preparation for death. They feel safe, secure and happy inwardly and for loved ones.

Keywords: Death, Meaning, Death preparation, Geriatric, Old age

กิตติกรรมประกาศ

ในการเรียบเรียงวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณลักษณ์ เมียนเกิด ที่อยู่ร่วมกันมาตั้งแต่จุดเริ่มต้น โดยผู้ศึกษาได้ท่านอาจารย์เมตตาและชี้แนะ เป็นอย่างดีในการให้จัดลำดับความสนใจ จนได้ประเด็นในเรื่องของ “การเตรียมความพร้อมสู่การตาย อย่างสงบของผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นประเด็นที่เปราะบางและท้าทายสำหรับผู้ศึกษา รวมถึงเป็นเรื่องที่ อ่อนไหวในสังคมเป็นอย่างมาก จุดเริ่มต้นของการทำนั้นเต็มไปด้วยความยากลำบาก และการถูก ตั้งคำถามจากคนรอบข้างอยู่บ่อยครั้งจนตัวผู้ศึกษาเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในสิ่งที่กำลังทำ หากได้ อาจารย์คอยให้กำลังใจ สร้างพลังให้แก่ผู้ศึกษาก้าวผ่านเรื่องราวของการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มาได้ อีกทั้งยังช่วยแนะนำทั้งทางด้านวิธีการ ทักษะ เทคนิคต่างๆ ให้แก่ผู้ศึกษาได้ปรับใช้ทั้งการทำ วิทยานิพนธ์และการดำเนินชีวิต และผู้ศึกษารู้สึกอบอุ่นหัวใจในทุกครั้งเมื่อได้รับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่างๆ จากท่านอาจารย์ที่ไม่สามารถอธิบายออกมาได้หมด หากเป็นความตื่นเต้นหัวใจ และอบอุ่นหัวใจเป็นอย่างมาก ผู้ศึกษารู้สึกเหมือนได้ใช้แต้มของความโชคดีไปเกือบหมดที่ทางคณะได้ จัดสรรให้อาจารย์มาเป็นกรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักเล่มนี้

รวมไปถึงผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. กิติพัฒน์ นนทปัทมเดช ที่กรุณา รับเป็นประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ ที่กรุณาเป็นกรรมการและ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และที่ต้องกล่าวถึงอีกท่าน คือ ดร.ชนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ ที่อยู่ ณ จุดเริ่มต้นของการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะให้แก่นักศึกษา จนกระทั่งถึงวันที่ วิทยานิพนธ์ดังกล่าวเสร็จสิ้น ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างมาก ในความเมตตาที่อาจารย์ทุกท่านมี ให้แก่ผู้ศึกษา

อีกทั้งผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณวดี พูลพอกสิน ที่คอย ให้กำลังใจนักศึกษาเสมอมา หากไม่มีอาจารย์ที่พูดให้กำลังใจในวันของการติดขัดปัญหาการ ฝึกภาคปฏิบัติก็คงจะตัดสินใจในการลาออก อีกทั้งขอขอบพระคุณ อาจารย์วรลักษณ์ เจริญศรีมูลเมือง และคุณอรุณลักษณ์ เหล็กเพชร ที่เมตตาผู้ศึกษาในการรับเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ แบบสอบถาม

ในโอกาสนี้ขอขอบคุณพี่ผึ้งและพี่ดวงที่คอยเป็นธุระในการประสานงานต่างๆ เมื่อเกิด ความติดขัดในการดำเนินงาน หากไม่ได้พี่ๆ ทั้งสองท่าน รวมถึงพี่ๆ เจ้าหน้าที่ คุณป้าแม่บ้าน คุณลุง และน้องรักษาความปลอดภัยในการช่วยเหลือแก่นักศึกษาในขณะที่ศึกษาอยู่ที่ท่าพระจันทร์

ขอขอบคุณเพื่อนๆ กลุ่มนางฟ้า (แจจ ชื่น ผ้าไหม และวิว) และนิกกี้ ที่อยู่เคียงข้างกัน เสมอมาตั้งแต่สมัยเรียนปริญญาตรีจนถึงปัจจุบัน ถ้าไม่มีเพื่อนกลุ่มนี้คงผ่านช่วงเวลาพิเศษวิฤติของ

ชีวิตไปได้ยาก เพื่อนกลุ่มเป็นทุกอย่างให้เธอแล้ว (กะตังค์ และไข่มุก) ที่คอยอยู่เคียงข้างเสมอมา สายรหัสนางงามที่คอยปลอบประโลมใจกันเสมอมา เพื่อนๆ สมัยมัธยมที่คอยส่งกำลังใจและพลัง พี่ๆ กลุ่มเด็กแว่น รวมไปถึงพี่ณที่คอยซับน้ำตาและเป็นพื้นที่ปลอดภัยให้กับผู้ศึกษาเสมอมา พี่อาหมัด ที่คอยจ้ำจี้จ้ำไช พี่ๆ หมวดวิชัย โดยเฉพาะคุณแม่ต่ายที่เป็นเสมือนวันแปลภาษาให้แก่ผู้ศึกษา และ พี่อ๊อฟที่สร้างพลังบวกให้ตลอด พี่ๆ สส.ม. รุ่นที่ 4 และพี่ๆ คลินิกสุขภาพจิต ที่คอยอยู่เคียงข้างและ ให้กำลังใจกันเสมอมา หากได้ตกลงทานใดไปผู้ศึกษาต้องขออภัยอย่างสุดซึ้ง

ขอขอบคุณแม่ที่คอยอยู่เคียงข้างกัน คอยเป็นพลังใจให้แก่กันเสมอมาตลอดระยะเวลา 9 ปี อยู่เคียงข้างตั้งแต่วันยื่นใบสมัคร ถึงแม้จะไม่ได้อยู่เคียงข้างจนถึงปัจจุบัน เราขอโอบกอด ความปรารถนาที่ให้แก่กันเสมอมา และอยากบอกว่า “ทุกสิ่งที่เกิดขึ้นมันดีเสมอ” อีกทั้งขอบคุณ ชายคนหนึ่งนี้อาจเข้ามา ณ ขณะหนึ่งของชีวิต อยากบอกว่า “เธออยู่ในความทรงจำและห้วงของ ความคิดถึงของเราเสมอ” รู้สึกดีใจที่เคยมีเธออยู่ข้างๆ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ในแบบที่อยากเป็นนะ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้หากขาดลมใต้ปีกที่สำคัญ คือ ครอบครัวของผู้ศึกษาที่คอยให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างในวันที่สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง โดยเฉพาะแม่และยาย ผู้เป็นที่รัก ป้าที่คอยพูดให้กำลังใจเสมอ ปะป๊าที่คอยไปรับไปส่งและห่วงใยลูกเสมอมา พี่ๆ น้องๆ ที่คอยส่งกำลังใจ รวมไปถึงน้องปลายฝน น้องไบหมอนและน้องไบไผ่ที่เป็นความสุขให้แก่คนทั้งบ้าน ผู้ศึกษารู้สึกมีความสุขและดีใจที่ได้เกิดมาในครอบครัวนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ “มะเร็ง” ที่เกิดกับป้าและแม่ที่ทำให้ผู้ศึกษาเข้มแข็ง มีความ รับผิดชอบ เข้าใจในสัจธรรมของชีวิตมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงการได้บอกรักและบอกคิดถึงโดยไม่ต้อง เจินอายใดๆ เพราะมะเร็งทำให้ตระหนักในเรื่องคุณค่าของเวลาเพิ่มขึ้น และสิ่งสำคัญที่สุดขอขอบคุณ ตัวเองในอดีตที่อดทน ปัจจุบันที่พยายาม และอนาคตที่ยังนึกภาพไม่ออกเพราะยังมาไม่ถึง แต่ก็ คาดหวังให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข เช่น ถูกสลากกินแบ่งรัฐบาลรางวัลที่ 1 สักครั้งในชีวิต หรือ ถือหุ่นสักตัวและได้ปันผลเป็นที่น่าพอใจ

และอยากฝากถึงตัวเองในอนาคตในวันที่ท้อแท้ หรือรู้สึกว่ามันยังไม่ใช้เวลาของเราสักที อยากให้รู้ไว้ว่า “เมตตาต่อตัวเองให้เหมือนกับความรักที่แม่และครอบครัวมอบให้”

ปณพร นามเพราะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(15)
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 มูลเหตุจูงใจในการศึกษา	6
1.3 คำถามในการวิจัย	14
1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	14
1.5 ขอบเขตในการศึกษา	14
1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	14
1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	15
1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	15
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ	16
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ	17
2.1.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	18
2.1.2 เกณฑ์ที่ใช้กำหนดความสูงอายุ	18
2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ	20
2.1.4 ปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมไทย	22
2.1.5 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	24

2.1.6 แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับ	25
สวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย	
2.1.6.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่เกี่ยวข้อง	25
กับผู้สูงอายุ	
2.1.6.2 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542	29
2.1.6.3 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม	30
ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560	
2.1.6.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550	34
2.2 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ	35
2.2.1 ความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ	35
2.2.2 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	36
2.2.3 การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ	37
2.3 แนวคิดการดูแล	38
2.3.1 นิยามและความหมายการดูแล	38
2.3.2 ความหมายของผู้ดูแล	39
2.3.3 การแบ่งประเภทผู้ดูแล	41
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการตาย	42
2.4.1 ปรัชญาเกี่ยวกับความตาย	42
2.4.2 นิยามและความหมายเกี่ยวกับการตาย	46
2.4.2.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับการตายดี (Good Death)	41
2.4.2.2 ความหมายของการตายทางการแพทย์	47
2.4.2.3 ความหมายของการตายทางพุทธศาสนา	49
2.4.2.4 ความหมายของการตายทางสังคม	50
2.4.3 การแสดงความเศร้าโศกเสียใจหลังจากการสูญเสีย	51
2.4.4 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตาย	52
2.4.5 เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการพูดคุยเรื่องความตาย	53
อย่างสงบ	
2.4.5.1 เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ	53
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตาย	55
2.5.1 รูปแบบหรือพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย	56

2.5.2 ความต้องการและความคาดหวังที่ต้องการได้รับของผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย	58
2.6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการตาย	59
2.6.1 สิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิต	60
2.6.2 พินัยกรรมชีวิตในประเทศไทย	60
2.7 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา	63
2.7.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา	63
2.7.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา	65
2.7.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา	66
2.7.4 วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา	68
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	70
2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายดี	71
2.8.1.1 การตายดีในมุมมองผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข	71
(1) องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่ การตายอย่างสงบ	71
(2) องค์ประกอบความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วย และญาติสู่ การตายอย่างสงบ	72
2.8.1.2 การตายดีในมุมมองผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย	73
2.8.1.3 การตายดีในมุมมองศาสนา	75
2.8.1.4 การตายดีในมุมมองความหลากหลายทางวัฒนธรรม	78
2.8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย	79
2.8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการตายดี	82
2.9 กรอบแนวคิดในการศึกษา	84
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	87
3.1 วิธีการวิจัย	87
3.2 นักวิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย	88
3.3 ประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	89
3.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	90
3.3.2 หลักเกณฑ์การคัดออกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	90

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	91
3.4.1 ตัวผู้ศึกษา	91
3.4.2 แนวคำถามการวิจัย	91
3.4.3 แบบทดสอบในการคัดผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	92
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	93
3.5.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร	93
3.5.2 การศึกษาภาคสนาม	93
3.5.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)	93
3.5.2.2 การสังเกต	94
3.5.2.3 การจดบันทึกและการบันทึกเสียง	95
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	95
3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล	96
3.8 จริยธรรมในการศึกษาวิจัย	98
3.9 การนำเสนอข้อมูล	99
 บทที่ 4 ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุในการดูแลและการเผชิญการสูญเสีย	 101
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	101
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	102
4.1.1.1 เพศและอายุ	102
4.1.1.2 ด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ	102
4.1.1.3 ด้านความเชื่อและการปฏิบัติในทางศาสนา	102
4.1.1.4 ที่อยู่อาศัย	103
4.1.1.5 ลักษณะการอยู่อาศัย	103
4.1.1.6 ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ	103
4.1.1.7 ด้านการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย หรือดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย	104
4.1.2 จุดเริ่มต้นของการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก	104
4.1.2.1 ประเภทของครอบครัว	104
4.1.1.2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว	107

4.1.3 ความสัมพันธ์ที่พ่วงด้วยการดูแล	109
4.1.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส	110
4.1.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรต่อบิดาและมารดา	114
4.1.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและภรรยาที่ต้องดูแลบิดาหรือมารดาและคู่สมรส	118
4.2 พินิจความตายผ่านประสบการณ์การดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รัก	123
4.2.1 ระยะเริ่มเจ็บป่วยของบุคคลอื่นเป็นที่รัก	124
4.2.1.1 การยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นเป็นที่รัก	124
4.2.1.2 การปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นเป็นที่รัก	125
(1) การปฏิเสธพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยและความตาย	125
(2) การต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย	126
(3) การเจ็บป่วยและความตายคือเรื่องของเวรกรรม	126
4.2.2 ระยะระหว่างเจ็บป่วยของบุคคลอื่นเป็นที่รัก	128
4.2.2.1 การจากลาที่ไม่ได้ร่ำลา: ไม่มีการเตรียมตัวก่อนตาย	129
4.2.2.2 การเตรียมตัวเมื่อต้องพลัดพราก: การเตรียมตัวก่อนตาย	130
(1) การแจ้งเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อ ยื้อชีวิต	130
(2) การเตรียมงานศพ	136
(3) การสะสางสิ่งที่ค้างคาใจ	137
(4) การทำบุญ ฟังเทศน์ สร้างกุศลก่อนเสียชีวิต	139
4.2.3 ระยะหลังจากเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก	141
4.2.3.1 การจัดการเรื่องงานศพให้แก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก	141
4.2.3.2 การจัดการความเศร้าโศกจากการสูญเสีย	143
(1) ความเศร้าโศกที่บุคคลยอมรับและปรับตัวได้	144
(2) ความเศร้าโศกที่ทำให้ใจลำบากและส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต	145
4.3 การให้ความหมายการตายผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา	146
4.3.1 ความตายคือเรื่องธรรมชาติ	147
4.3.2 ความตายคือเรื่องปกติธรรมดา	148
4.3.3 ความตายคือสิ่งที่คาดเดาไม่ได้	148
4.3.4 ความตายคือการระลึกถึงสิ่งที่ได้กระทำก่อนที่จะตาย	150

4.3.5 ความตายคือการสูญเสีย พลัดพรากจากสิ่งที่รัก	152
4.3.5 ความตายคือการหลุดพ้นจากความทรมาน	153
บทที่ 5 การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ	156
5.1 การกำหนด หรือ เตรียมการเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ	156
5.1.1 ผู้สูงอายุไม่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ	156
5.1.1.1 เพราะความตายคาดการณ์ไม่ได้	157
5.1.1.2 ความไว้วางใจลูกหลานจึงไม่ได้วางแผนการตาย	159
5.1.1.3 มองว่าตนเองสุขภาพแข็งแรง	160
5.1.2 เตรียมตัวตายก่อนตาย: ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ	162
5.1.2.1 ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมก่อนตายแต่ไม่ได้แจ้งเจตนาให้บุคคลอื่นทราบ	162
5.1.2.2 ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมก่อนตายและแจ้งเจตนาให้บุคคลอื่นทราบ	164
(1) การจัดการด้านการรักษาเมื่อตนเองอยู่ในภาวะวิกฤติ	164
(2) การจัดการด้านร่างกายและงานศพ	166
(3) การวางแผนปฏิบัติธรรม	168
5.2 การเติมเต็มก่อนที่จะจากลา	169
5.2.1 ไม่ทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต	170
5.2.2 ไม่มีความปรารถนา พอใจในสิ่งที่ตนเองมีในปัจจุบัน	171
5.2.3 การเขียนพินัยกรรมเพื่อจัดการทรัพย์สิน	172
5.2.4 ไม่ต้องการเป็นภาระให้คนข้างหลัง	174
5.2.5 การเลือกสถานที่เสียชีวิต	175
5.2.6 ตั้งกองทุนสำหรับผู้สูงอายุ	176
บทที่ 6 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	178
6.1 สรุปผล	178

6.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา	178
6.1.2 ภูมิหลังที่เชื่อมโยงกับการให้ความหมายการตาย	179
6.1.2.1 ประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุ	180
(1) การตัดสินใจดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก	180
(2) การปรับตัวเมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล	183
(3) การเตรียมใจเพื่อการจากลาและการจัดการวาระสุดท้าย ของชีวิต	186
(4) การจัดการตนเองของคนที่ยังอยู่	188
6.1.2.2 การให้ความหมายการตายที่แปรเปลี่ยนไปตามบริบท	190
(1) ความตายคือเรื่องธรรมชาติ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ ความหมายการตายของผู้สูงอายุ	190
(2) ความตายคือเรื่องปกติธรรมดา	190
(3) ความตายคือสิ่งที่คาดเดาไม่ได้	191
(4) ความตายคือการระลึกถึงสิ่งที่ได้กระทำ	191
(5) ความตายคือการสูญเสีย	191
(6) ความตายคือการหลุดพ้นความทรมาน	192
6.1.2.3 การเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ	193
6.1.2.4 ความปรารถนาครั้งสุดท้ายของชีวิตก่อนจากลา	196
6.2 อภิปรายผลการศึกษา	197
6.2.1 ประสบการณ์ในการดูแลและการสูญเสีย: บริบทที่เอื้อให้เกิดการ พูดคุยเรื่องการตายจากพื้นที่ส่วนตัวสู่พื้นที่สาธารณะ	198
6.2.1.1 ผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ	199
6.2.1.2 ผู้สูงอายุสามารถช่วงชิงพื้นที่ในการสนทนาความตายให้ เป็นเรื่องทั่วไปในชีวิตประจำวัน	201
6.2.2 ความหมายเกี่ยวกับความตายผันแปรตามสถานะและบทบาทของ ผู้สูงอายุ	206
6.2.3 การจัดการ “ความตาย” ของผู้สูงอายุ	209
6.2.4 การเตรียมความพร้อมสับตากับความตาย	215
6.2.5 ความปรารถนาครั้งสุดท้ายของชีวิตก่อนจากลา	220
6.3 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา	223
6.3.1 ข้อเสนอแนะต่อผู้สูงอายุและครอบครัว	223

6.3.2 ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	223
6.3.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	224
รายการอ้างอิง	226
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แนวคำถามการให้ความหมาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ	235
ภาคผนวก ข สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้ง 13 ราย	237
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	241
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร	242
ภาคผนวก จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	243
ประวัติผู้เขียน	244

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.1 สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน แบ่งตามช่วงอายุ และเพศ เดือนมกราคม พ.ศ.2565	2
1.2 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2564	6
2.1 จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (อายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583	24
2.2 การแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ	42
2.3 สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา	65



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

“การตาย” เป็นเรื่องธรรมชาติโดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุถือว่ามีความชุกชุมอยู่ในบั้นปลายของชีวิต และเข้าใจความตายไปทุกขณะ การพูดเรื่องความตายสร้างความรู้สึกประหลาด หากบุคคลมีความเข้าใจและการเตรียมความพร้อมรับมือต่อความตายอยู่ในระดับน้อยจะเกิดความกลัว และหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึง ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจและการเตรียมตัวในเรื่องของความตายในด้านบวกจะมีการเตรียมตัวก่อนตายและทำความเข้าใจการปรารถนาของตนเองก่อนตายอย่างสมศักดิ์ศรี หากมีน้อยคนที่จะยอมรับอย่างสนิทใจต่อการพูดคุยเรื่องความตาย เป็นผลมาจากมายาคติของสังคมไทยนั้น เชื่อว่าการพูดเรื่องความตาย เป็นสิ่งอัปมงคล ไม่ควรพูดถึง การพูดถึงความตายเป็นเสมือนการเรียกให้ความตายมาเคาะประตูอยู่หน้าบ้าน หรือ หากบ้านนั้นมีผู้สูงอายุ ผู้ป่วย จะยิ่งเป็นการสาปแช่ง ดังนั้นความตายจึงเป็นสิ่งที่ต้องห้าม ไม่ควรถูกกล่าวถึง เพราะมนุษย์ล้วนเกิดความรู้สึกหวาดกลัวเมื่อพูดถึงความตาย โดยเฉพาะเมื่อความตายนั้นเกิดกับบุคคลอันเป็นที่รัก หรือ เป็นความตายของตนเอง ความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแน่นอนโดยที่ไม่เลือกว่าบุคคลนั้นจะเป็นใครล้วนเผชิญกับความตายด้วยกันทั้งสิ้น ดังเช่น ศาสนาพุทธ นิยายวัชรยานของทิเบต (พระภิกษุ ชยานันโท, 2555, น. 6-7) กล่าวว่า “ความตายเกิดขึ้นได้เสมอ และเกิดกับทุกคน” ดังนั้น ความตายจึงเป็นกฎเกณฑ์ของธรรมชาติที่ว่ามีเกิด แก่ เจ็บ และตาย

เมื่อสังคมยังมีมายาคติในเรื่องของความตายว่าเป็นเรื่องอัปมงคล ความเชื่อดังกล่าวถูกถ่ายทอดจากวัฒนธรรม จารีตประเพณี รวมถึงการตีความผ่านประสบการณ์ของตนเอง ส่งผลให้ชีวิตของมนุษย์ขาดความระแวดระวัง ตั้งอยู่บนความประมาทในการดำเนินชีวิต เมื่อหลีกเลี่ยงจะพูดถึงความตายจึงใช้ชีวิตจนลืมหาย ส่งผลให้ชีวิตขาดการเตรียมความพร้อมก่อนตาย เพราะบางรายคิดว่าความตายเป็นเรื่องไกลตัว จึงเก็บความกลัวและความวิตกกังวลดังกล่าวไว้ หรือการปลัดวันประกันพรุ่งที่รองนกว่าตนเองจะเจ็บป่วย หรืออายุมากยิ่งขึ้นจึงได้เริ่มรับมือกับการเตรียมตัวตาย พระมหาบุญมี มาลาวชิโร (2548) ได้กล่าวถึง พระพุทธศาสนากับความตายไว้ว่า ในทางพระพุทธศาสนานั้นนับว่าเป็นการดำเนินชีวิตโดยความประมาท เมื่อถึงเวลาที่ต้องพลัดพรากจากไป คนที่ไม่มีสติดำเนินชีวิตโดยประมาทจะมีความทุกข์มากเพราะมีความยึดติดเหนียวแน่นกับสิ่งทั้งหลาย แต่สำหรับคนที่ดำเนินชีวิตตามหลัก “มรณสติ” เมื่อถึงเวลาจากโลกนี้ไป ก็จะยอมรับต่อการจากไปได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้

เตรียมตัว รวมถึงการเข้าใจชีวิตว่าชีวิตมนุษย์สุดท้ายแล้วเกิดมาก็ต้องตาย ไม่มีใครสามารถห้ามความตายได้ หากทำเพียงการยื้อระยะเวลาเท่านั้น ไม่เว้นแม้กระทั่งวัยเด็กจนกระทั่งวัยผู้สูงอายุ

การก้าวเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อีกทั้งการพัฒนาการทางด้านวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้น เห็นได้จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากยิ่งขึ้นในสังคมไทย จนในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จากสถิติจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยบริการสถิติข้อมูล กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย รายงานข้อมูล (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2565) พบว่า สัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12,116,199 คน จากประชากรทั้งหมด 66,165,261 คน มีสัดส่วนผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 18.31 ของประชากรทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีจำนวน 6,776,589 คน คิดเป็นร้อยละ 55.93 ผู้สูงอายุเพศชายมีจำนวน 5,339,610 คน คิดเป็นร้อยละ 44.07 (ตารางที่ 1.1) โดยช่วงอายุที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60 - 69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.50 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

ตารางที่ 1.1

สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน แบ่งตามช่วงอายุ และเพศ เดือนมกราคม พ.ศ. 2565

ช่วงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ	ร้อยละ	เพศ	
			ชาย	หญิง
1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	6,843,300	56.50	3,123,517	3,719,783
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	3,522,778	29.10	1,533,642	1,989,136
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	1,750,121	14.40	682,451	1,067,670
รวมทั้งหมด	12,116,199	100	5,339,610	6,776,589

หมายเหตุ. จาก ระบบสถิติการลงทะเบียน, โดย กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565.

คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้ว แต่สิ่งทีหลายคนโดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึง คือ ประชากรไทย

กำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้วเมื่อ สัดส่วนประชากรสูงอายุ สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย, 2557) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ใน วัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเมื่อพิจารณาจากสัดส่วนเพศของประชากรสูงอายุ จะเห็นได้ว่า ยิ่งเวลาผ่านไปจำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุในประเทศยิ่งเพิ่มจำนวนมากยิ่งขึ้น จากสถิติการลงทะเบียน กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุของประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ได้ดีกว่าในอดีต มนุษย์จึงดิ้นรนที่จะมีชีวิตรอดเพื่อ หลีกหนีจากความตาย แม้ว่าในขณะนั้นตนเองจะอยู่ในภาวะใกล้ตาย หรือระยะสุดท้ายของชีวิต หรือ การที่ครอบครัวเลือกที่จะยื้อชีวิตเพราะกลัวการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หากกลับไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วย ปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต และการยื้อชีวิตผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิตทำให้ค่าใช้จ่ายทาง การแพทย์เพิ่มสูงขึ้น จนในบางครั้งเกิดข้อถกเถียงระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องการทุกข์ทรมานเมื่อตนเองไม่มีสติ หรือไม่รู้สึกรู้สีกตัว การตัดสินใจ แนวทางการรักษาต่างๆ จึงตกอยู่แก่ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจสวนทางกับความ ต้องการของผู้ป่วย เป็นผลมาจากที่บุคคลขาดการเตรียมความพร้อมก่อนตายมาแต่ต้น (ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556, น.6)

ประเด็นในการเตรียมความพร้อมก่อนตายจึงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญเพื่อ เตรียมความพร้อมให้กับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากการเตรียมตัวก่อนตายจะทำให้ผู้สูงอายุ ได้หันมาใส่ใจสุขภาพของตนเอง การทำความเข้าใจความต้องการครั้งสุดท้ายในชีวิตให้ประสบความสำเร็จและ จากไปอย่างสงบ รวมถึงญาติ ผู้ดูแลจะได้เตรียมความพร้อม เกิดกระบวนการเรียนรู้ เข้าใจเจตนาของ ผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของ พระไพศาล วิสาโล (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557) กล่าวถึง

การคิดถึงความตายไว้บ้าง ก็เพื่อให้ทุกคนรู้ว่า ‘เรา’ ล้วนเป็นเพื่อนเกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันทั้งนั้น ความตายจึงเป็นเรื่องที่พูดถึงกันได้ เพื่อให้ ‘ตัวเรา’ ได้ทบทวนชีวิต และ ตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตในขณะที่ยังมีลมหายใจ ใส่ใจคนรอบข้างที่ยังอยู่กับเรา ดูแล ความสัมพันธ์ ดูแลความฝันที่อยากจะทำก่อนตาย เรื่องสำคัญที่มักจะลัดวันประกันพรุ่ง ก็จะได้ทำในวันนี้ ขณะนี้

ดังนั้นประเด็นเรื่องของการเตรียมความพร้อมก่อนตาย ไม่อาจปฏิเสธที่จะหลีกเลี่ยง การสนทนาในประเด็นเกี่ยวกับการตาย หรือการสูญเสียได้ เนื่องจากความตายเป็นวัฏจักรของชีวิตที่ ทุกคนจะต้องพบเจอ ความตายเป็นสิ่งธรรมชาติ ไม่เลือกชนชั้น ไม่ขึ้นตรงกับเวลาใดๆ ดังนั้น การเตรียมตัวรับมือกับสิ่งดังกล่าวจึงมีความสำคัญเพราะในช่วงจังหวะเวลาของชีวิตหนึ่ง เราควรได้รับ

โอกาสในการเลือกสิ่งที่เหมาะสมให้แก่ชีวิต หากเมื่อวันนั้นมาถึงจะไม่เกิดอาการตื่นตระหนก ผลักไส ดันร่นหนีออกจากปลายทางของชีวิตที่มีชื่อว่าความตาย หากความตายกลับเป็นสิ่งที่ถูกเตรียมมา อย่างดี คือ การทำให้บุคคลระลึกถึงช่วงชีวิตที่ผ่านมาในความทรงจำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ เตรียมตัวตายอย่างสงบ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเตรียมตัวตายอย่างไรเพื่อให้ตายดี นี่คือสิ่งที่สามารถ ควบคุมได้ เพราะเป็นสิทธิในการตาย แม้ว่าบุคคลไม่สามารถที่จะล่วงรู้อนาคตในวันพรุ่งนี้ ไม่สามารถ กำหนดได้ว่าจะตายเมื่อไร ตายที่ไหน สาเหตุการตายคืออะไร แต่บุคคลสามารถสร้างหลักประกันได้ว่า เราจะตายดีหรือไม่ เพราะทุกคนมีสิทธิในการตายอย่างสงบ

ประเด็นในเรื่องสิทธิการตายในประเทศไทย ยังคงเป็นที่ถกเถียงในประเด็นปัญหาทาง จริยศาสตร์ ทางปรัชญาอยู่มาก ว่าบุคคลมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีได้หรือไม่ และการตาย อย่างมีศักดิ์ศรีคืออะไร และอย่างไรถึงเรียกว่าไม่มีศักดิ์ศรี ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ไม่ได้มีสิ่ง ที่กำหนด หากขึ้นอยู่กับความรู้สึก และความเชื่อของแต่ละบุคคลในการตีความ ดังคำกล่าวของ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า “สิทธิความเป็นมนุษย์ที่สำคัญคือ สิทธิในการตัดสินใจเลือกด้วยตัว เอง” (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2548, น. 13) ในทัศนะของท่าน อาจกล่าวได้ว่า การตัดสินใจเผชิญกับความตายเป็นสิ่งสำคัญพอกับการมีชีวิตอยู่ เพราะเจ้าของชีวิตมีสิทธิเสรีภาพ เลือกการตายอย่างสงบ การตายธรรมชาติ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยที่ไม่ต้องทนทุกข์ ทรมาน ถูกยึดโยงร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณให้อยู่ในสภาวะ “พินกันไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” ซึ่งอาจสร้าง ความทุกข์ทรมานให้กับผู้ที่ตกอยู่ในสภาวะดังกล่าว

โดยประเด็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรี อยู่ในหมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมาตรา 12 บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียง เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

บทบัญญัติดังกล่าวเกี่ยวข้องกับบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าของชีวิต แพทย์ และญาติพี่น้อง และยังรวมถึงระบบความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และศาสนา ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธิ ดังกล่าว ซึ่งสิทธิดังกล่าว ไม่ใช่เรื่องบังคับที่ประชาชนทุกคนต้องปฏิบัติตาม หากเป็นสิทธิที่เปิดไว้ให้ บุคคลสามารถเลือกได้ล่วงหน้าในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ โดยการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการ รักษาในวาระสุดท้ายของตนเอง เพื่อจะได้ตายอย่างสงบ หรือตายอย่างธรรมชาติ รวมทั้งให้สิทธิ ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่กระทำไปเพื่อยืดความตาย

(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2548, น. 4) กล่าวคือ การกำหนดสิทธิไว้ในมาตรา 12 จึงเป็นการรักษาสีทธิของบุคคลไว้ล่วงหน้าในกรณีที่บุคคลไม่มีสติสัมปชัญญะและไม่สามารถสื่อสารได้ ในระหว่างที่เข้ารับการรักษา โดยสิทธิดังกล่าวจะถูกใช้ก็ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ใช้สิทธิจะต้องทำหนังสือไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถพิสูจน์ได้ และทำในขณะที่บรรลุนิติภาวะ หนังสือการแสดงเจตนาธรรมดังกล่าว เรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาในการรับบริการหรือปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ (Living Will)” ตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สำหรับสิทธิของผู้สูงอายุภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 ได้มีการกำหนดในเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยแบ่งเป็นสิทธิในด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมทางสังคม การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในสถานที่ และการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ สิทธิทางด้านสังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ การส่งเสริมการศึกษา ศาสนา การช่วยเหลือกรณีถูกทารุณกรรม การจัดหาที่พักอาศัย การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพและการจัดงานศพตามประเพณี โดยสิทธิที่เกี่ยวข้องกับประเด็นในการศึกษาครั้งนี้ คือ เรื่องสิทธิประโยชน์การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต โดยจากผลสำรวจของโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยพบว่า คนไทยกว่าร้อยละ 75 ไม่เคยรู้ว่ามึบริการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง หรือการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) มาก่อน จึงไม่ได้เตรียมการสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2562) ดังนั้น องค์กรภาครัฐและเอกชนจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการกิจด้านการให้ความรู้ในการตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ เพราะการเตรียมการที่ดีจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างที่ไม่คาดหวัง และสิ่งสำคัญ คือ การลดความทรมานจากการรักษา นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล

ด้วยเหตุผลทั้งหลายที่กล่าวมาในข้างต้น การศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบจึงมีความสำคัญเพราะความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนจะต้องเจอ มนุษย์ไม่สามารถที่จะปฏิเสธการตายได้ แต่มนุษย์สามารถเลือกเตรียมตัวที่จะตายได้ โดยเฉพาะในวัยของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเสื่อมสมรรถภาพทางด้านร่างกาย เนื่องจากการตายเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการตระหนักว่าชีวิตของมนุษย์คือสิ่งที่ไม่เที่ยง นอกจากนั้น ยังกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ การเตรียมความพร้อมรับมือกับการตาย การสูญเสีย การเติมเต็มความต้องการครั้งสุดท้ายก่อนจากลา ตลอดจนการศึกษาประเด็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างมากต่อการทลายกำแพงความเชื่อในเรื่องของการพูด

เรื่องความตาย คือ สิ่งอัปมงคล หรือสิ่งไม่ดีในสังคมไทยเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับสังคมผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการให้ความสำคัญกับการอยู่ดี เพราะการอยู่ดีและการตายดีเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงถึงกัน เพราะ ความปรารถนาในการตายดีนั้นเป็นเรื่องของการทำให้ชีวิตของตนนั้นมีความเป็นอยู่ที่ดี

1.2 มลเหตุจูงใจในการศึกษา

จากสถิติสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ทั้งหมด 1,141,107 คน โดยมีประชากรเพศหญิงทั้งหมด 669,975 คน เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 634,735 คน คิดเป็นร้อยละ 55.62 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 334,281 คน คิดเป็นร้อยละ 29.29 และ น้อยที่สุดผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 172,091 คน คิดเป็นร้อยละ 15.08 โดยมีจำนวน ประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1.2

จำนวนประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2564

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ	เพศ		รวมจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	271,502	363,233	634,735	55.62
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	135,789	198,492	334,281	29.29
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	63,841	108,250	172,091	15.08
รวมทั้งหมด	471,132	669,975	1,141,107	100

หมายเหตุ. ปรับปรุงข้อมูลจาก สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากรุงเทพมหานครเป็น “สังคมสูงวัย” และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ในเวลาอีกไม่นาน การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุ ส่งผลกระทบต่อ

ระบบเศรษฐกิจ สังคม การบริการทางการแพทย์ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา ส่งเสริมศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพิงตนเองได้ มองเห็นคุณค่าและศักยภาพในตนเอง

กรุงเทพมหานครตระหนักและให้ความสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ โดยกรุงเทพมหานครได้มีกำหนดนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร และขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล รวมถึงการมีชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ตามศูนย์บริการสาธารณสุขทั่วทั้งกรุงเทพมหานคร และตามโรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานครเกือบ 200 ชมรม รวมตัวกันก่อตั้งขึ้นเป็นสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ภายใต้การดูแล สนับสนุนกิจกรรมของผู้สูงอายุโดยสำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักพัฒนาสังคม และสำนักวัฒนธรรม กีฬาและการท่องเที่ยว โดยวัตถุประสงค์ของสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ได้แก่

1. เพื่อตรวจสอบสุขภาพสมาชิกประจำปี
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ
3. เพื่อให้สมาชิกได้ร่วมกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ และกิจกรรมอื่นๆ ของสหพันธ์ฯ
4. เพื่อร่วมมือกันส่งเสริมในการสร้างชื่อเสียงเกียรติคุณอันดีงามให้แก่กรุงเทพมหานคร
5. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม และแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ของสมาชิก
6. เพื่อสนับสนุนส่งเสริมสวัสดิการและการให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิก
7. เพื่อปกป้องและพิทักษ์สิทธิอันพึงมีพึงได้ของสมาชิก
8. เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีในหมู่สมาชิก
9. เพื่อดำเนินงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานคร และรัฐในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุ

การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในนามของ “สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร” นับว่าเป็นการรวมกลุ่ม เปิดพื้นที่ให้แก่ผู้สูงอายุ หน่วยงานของกรุงเทพมหานครที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครบรรลุเป้าหมาย “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข” ด้วยเหตุนี้เอง กรุงเทพมหานครได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 – พ.ศ. 2560) ประกอบไปด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัย ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับกรุงเทพมหานครและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม

ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ซึ่งแผนดังกล่าวได้มาจากการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 และการระดมความคิดเห็นของทุกภาคส่วน

กรุงเทพมหานครได้มีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าในการทำงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557-พ.ศ. 2560) พบว่า ยุทธศาสตร์ที่ยังไม่ผ่านและดำเนินการได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัยเพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยมีทั้งหมด 10 ดัชนี ผ่านการประเมิน 3 ดัชนี และไม่ผ่านการประเมิน 7 ดัชนี คิดเป็นร้อยละ 30 ที่ผ่านการประเมิน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561, น. 25) ซึ่งยุทธศาสตร์นี้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก หากขาดการเตรียมความพร้อม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในยามสูงอายุทั้งยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบบริการและสวัสดิการด้านต่างๆ ของกรุงเทพมหานครในอนาคต ปัจจุบันกรุงเทพมหานครได้มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2564) โดยการจัดทำแผนฯ ฉบับนี้ได้นำผลจากการประเมินแผนฯ ระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลในการป้อนกลับ และแผนในระยะที่ 2 ยังมีความสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 รวมถึงยังคงกำหนดยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ดังเดิม

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของผู้ศึกษาตลอดระยะเวลา 3 ปี ในการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา และการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานครพบว่า การดำเนินกิจกรรมภายในชมรมผู้สูงอายุ เน้นมิติในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ขณะเดียวกันนั้นในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบไม่ได้ถูกกล่าวถึงมากนักในขณะเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุไม่ได้รับรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติตนในการเตรียมความพร้อมให้แก่ตนเอง หรือ บุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมักจะพูดถึงการออมเงินในวัยผู้สูงอายุ สิทธิสวัสดิการที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ ตลอดจนโครงการและกิจกรรมของกรุงเทพมหานคร จะมุ่งเน้นในเรื่องของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมภายในชมรมผู้สูงอายุ หากยังคงมีช่องว่างของการส่งเสริมการทำกิจกรรมในมิติของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ การเตรียมตัวก่อนตายอย่างสมศักดิ์ศรี

อีกทั้งการจัดโครงการ กิจกรรมในเรื่องของการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่สร้างความเปราะบางและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการทำโครงการ กิจกรรมดังกล่าวมีเรื่องของจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง การนำเสนอประเด็นดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ข้อความ การแสดงออก สื่อประชาสัมพันธ์ การสื่อความหมายของ

การจัดโครงการ กิจกรรมจึงเป็นกำแพงที่สูงสำหรับสังคมไทยเป็นอย่างมากในการนำเสนอให้เหมาะสมกับช่วงวัยและบริบทของผู้เข้าร่วม เพราะความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรพูดเพราะไม่เป็นมงคล หากมองในมุมมองของหลักศาสนาพุทธ และหลักธรรมชาติ จะพบว่า การตายคือสัจธรรมที่ทุกคนจะต้องพบเจอ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบจึงมีความสำคัญ

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม และสำรวจบทความวิจัย บทความวิชาการ งานวิจัย ในศูนย์ข้อมูลการวิจัยดิจิทัล (Digital Research Information Center: DRIC) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับ และมีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลในประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตายของสถาบันต่างๆ ซึ่งสะท้อนภาพรวมของการเตรียมตัวตายในประเทศไทยแต่ละช่วงเวลาได้ดี ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ค้นคว้าหาข้อมูลจากเว็บไซต์ดังกล่าว โดยใช้คำหลักในการสืบค้น คือ “การตาย” “การเตรียมตัวตาย” “ตายดี” และ “ผู้สูงอายุ” ในระหว่างปี พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2565 พบว่า ประกอบด้วย การวิจัยที่เกี่ยวข้อง 9 เรื่อง โดยแบ่งประเด็นออกเป็นทั้งหมด 3 ประเด็น คือ การรับรู้เกี่ยวกับการตายมากที่สุด จำนวน 4 เรื่อง รองลงมาคือ รูปแบบการเตรียมตัวตายอย่างสงบ จำนวน 3 เรื่อง และสิทธิการตายในผู้สูงอายุ จำนวน 2 เรื่อง โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

1. ทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับการตายในสังคมไทย เมื่อกล่าวถึงประเด็นทศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับการตายในสังคมไทย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นอวัยวะในร่างกาย บทบาทหน้าที่ในการทำงาน อำนาจ รายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับประสบการณ์เกี่ยวกับความตายเมื่อนึกถึงความตาย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหงา รู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ เพื่อให้ตนเองมีชีวิตที่เหลืออยู่อย่างปกติสุข ดังงานศึกษาของ ขจรศรี แสนปัญญา (2553) เรื่อง “ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี” มีประเด็นน่าสนใจ คือ ผู้สูงอายุตอนต้นที่อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี ปฏิเสธความตายสูงสุด เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความวิตกกังวล ปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของตนเองเพราะยังมีความห่วง ความปรารถนาที่ยังทำไม่สำเร็จจุลวง และประเด็นที่น่าสนใจ อีกประเด็น คือ ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายชั้นยอมรับ

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาในประเด็น ทศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ของ ดุษฎี กฤษฏี (2551) เสนอถึงผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในระดับสูง มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะสนับสนุนและ

ส่งเสริมการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ทางด้านอารมณ์ ทางด้านสิ่งของ และทางด้านข้อมูลข่าวสารจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อความตายในระดับสูง หรือเชิงบวก มีภาวะซึมเศร้าต่ำ ตลอดจนลักษณะของครอบครัวที่อยู่ร่วมกันกับคู่สมรส และบุตรหลาน ผู้สูงอายุจะมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อปัจจัยในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าโรคอื่นๆ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ซึ่งข้อเสนอแนะของการศึกษาดังกล่าวมีความน่าสนใจในเรื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้ การฝึกทักษะ และความสามารถที่ส่งเสริมกิจกรรมทางศาสนา การเจริญมรณสติ ในเรื่องเกี่ยวกับความตาย ความเชื่อทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการตายไปในทางบวก รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว ควรให้ความสำคัญ ทำความเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

งานศึกษาที่ใกล้เคียงกับประเด็นที่ผู้ศึกษาสนใจ คือ งานศึกษาการตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ ของ จินต์จุฑา รอดพาล (2549) ซึ่งเป็นการศึกษาความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุไทยพุทธ ซึ่งงานศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาหาความหมายที่ผู้สูงอายุมีต่อความตาย โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงการตอบสนองความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุได้ หากยังขาดมิติการศึกษาเชิงคุณภาพที่ต้องการศึกษาให้ครอบคลุมถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผ่านเรื่องเล่าจากประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุประสบพบเจอ หรือเกี่ยวข้องกับ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ทัศนคติการตายดี ในมุมมองผู้สูงอายุ ได้แก่ งานของ ณีฐิรา กองฉลาด (2551) เรื่อง “การรับรู้ความตายในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากยอมรับว่าคนเราเกิดมาต้องตายทุกคน และมองว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต ในฐานะเป็นกฎของธรรมชาติข้อหนึ่ง เมื่อบุคคลสามารถยอมรับเรื่องการตายได้ทำให้เกิดการยอมรับว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต และการใช้ชีวิตในวาระสุดท้ายเมื่อรับรู้ความตายของตนเองที่จะมาถึงในเร็ววัน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลนับถือศาสนาพุทธ จึงมีความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม กฎแห่งการกระทำ โดยเชื่อว่าถ้าคนเราทำเหตุอย่างใดก็จะได้รับผลอย่างนั้น

2. สิทธิการตายในผู้สูงอายุ ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าเป็นเครื่องมือสำคัญในการยืดชีวิตของมนุษย์ออกไป จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาสำหรับผู้ถูกยืดการตายออกไป บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลในครอบครัว ความพยายามที่จะยืดการตายออกไป (ยืดชีวิต) ที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ทั้งที่รู้ว่าจะหมดหวัง (ไม่สามารถจะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานและใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้) จึงเป็นการยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้นานขึ้น ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างไร้ความสามารถ ลดคุณค่าของ

ความเป็นมนุษย์ (Dehumanization) แม้ว่าจะตายในที่สุดก็รู้สึกว่าเป็นการตายที่ไม่สมศักดิ์ศรี ดังงานศึกษาของ นาฏสิริ ราชดวง (2555) เรื่อง “การแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในทัศนะของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจทำหนังสือการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการให้บริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุปฏิเสธมากที่สุด คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ การเจาะคอเพื่อช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น สาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่ต้องการยืดการตายของตนเอง เพราะไม่ต้องการเป็นภาระของญาติและถึงวาระที่ต้องจากไปอย่างสงบ

สอดคล้องกับการศึกษาการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ของ กรแก้ว กำพลศิริ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตัดสินใจที่จะใช้สิทธิที่จะตาย สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายมากที่สุด คือ ให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่ออยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ตัวและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา ส่วนสิทธิที่ผู้สูงอายุใช้สิทธิที่จะตายน้อยที่สุด คือ การตัดสินใจให้แพทย์ช่วยฉีดยาเพื่อให้ตนจากไปโดยสงบ ขณะมีชีวิตอยู่ด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีสภาพแบบพืชผักเท่านั้น ส่วนเหตุผลที่ผู้สูงอายุใช้สิทธิมากที่สุดคือ ไม่ต้องการทรมานและไม่อยากเป็นภาระของผู้ใกล้ชิด และในกลุ่มไม่ใช้สิทธิในการตายส่วนใหญ่มองว่าต้องการมีชีวิตต่อไป และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย คือ (1) ลักษณะความเชื่อที่เน้นคุณธรรมของผู้กระทำจะมีผลทำให้มีการใช้สิทธิการตาย (2) ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายทางอ้อม มีผลทำให้ตัดสินใจใช้สิทธิการตายน้อย และ (3) ปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมด้านสิ่งของและบริการต่างๆ มีผลทำให้มีผู้ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายน้อยลง

3. รูปแบบการเตรียมตัวตายอย่างสงบ ในปัจจุบันมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์จึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายในบั้นปลายชีวิต รวมทั้งการดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการศึกษาแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โครงการต่อเนื่องปีที่ 1 ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ (2555) พบว่า การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลด้านความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ และปัญหาความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการในระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต คือ การได้ทำบุญก่อนจากไป และการมีโอกาสได้สั่งเสียลูกหลาน การที่ผู้สูงอายุได้สั่งเสียกับลูกหลานก่อนการเสียชีวิต ถือเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยลดเปลืองสิ่งที่ค้างคาใจของผู้สูงอายุและลูกหลานในการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านปัญญา หรือจิตวิญญาณมากที่สุด และความต้องการด้านสังคม หรือสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุใกล้จะเสียชีวิต หรือเผชิญกับความตายต้องการที่

ยึดเหนี่ยวในมิติด้านจิตวิญญาณ เช่น การทำพิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของแต่ละบุคคล และการที่ผู้สูงอายุเผชิญการเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย เป็นการเพิ่มโอกาสในการสานสัมพันธ์ในครอบครัวญาติ เพื่อน และบุคคลที่ใกล้ชิด

ในขณะที่การศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่บ้าน โครงการต่อเนื่องปีที่ 2 ของ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ (2556) เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การดูแลผู้สูงอายุเพื่อการตายอย่างสงบที่บ้านพบว่า สมาชิกในครอบครัวต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์จัดอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตายให้แก่คนในครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงต้องการให้มีจิตอาสาคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ กำลังใจแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และการสนับสนุนในเรื่องของการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องให้ออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งเป็นการศึกษาที่ต่อเนื่องมาจากปีที่ 1 จุดมุ่งหวังของทั้งสองงาน คือ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้านของตนเอง การช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวในการเดินทางพาผู้ป่วยมารักษา และการดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ที่เจ็บป่วยที่จำเป็นต้องรักษาที่โรงพยาบาลรายอื่นๆ มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

การศึกษาการตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล มีผู้ศึกษาในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัว สู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล ปีที่ 2 ของ พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ (2557) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลมี 4 ส่วน คือ (1) การเตรียมความพร้อมก่อนการตาย (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้สูงอายุที่ใกล้ตาย และ (3) การวางแผนการรักษาพยาบาลและการจัดการความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย และ (4) การสนับสนุนและส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อสรุปผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการตายอย่างสงบที่บ้าน โดยต้องการให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เข้าใจเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายและการตายแบบองค์รวมทั้งมิติด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งการตระหนักในเรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การตายดีตามที่ตนเองกำหนดสร้างความหมายไว้

จากการรวบรวมวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเด็นทัศนคติ การรับรู้เกี่ยวกับการตายในสังคมไทย สิทธิการตาย และ รูปแบบการเตรียมตัวตายอย่างสงบ พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมายังคงศึกษาในประเด็นการเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า การมองภาพรวมของผู้สูงอายุมากกว่าเฉพาะเจาะจงที่จะศึกษาผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม การศึกษา ยังขาดความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นการให้ความหมายการตายดีของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วย

ระยะท้าย หรือ เจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากการเตรียมตัวตายนั้นไม่จำเป็นจะต้องเตรียมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสมอไป หากสามารถเตรียมตัวตายได้กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เจ็บป่วย และบุคคลทุกช่วงวัย เนื่องจากการตายไม่สามารถเลือกช่วงเวลาได้ ดังนั้นการเตรียมตัวตายจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายการตายดีผ่านประสบการณ์ เรื่องเล่าของตนเอง และเป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรทางการแพทย์ และผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุเพื่อการจากไปของผู้สูงอายุที่ตรงตามความต้องการ และการให้ความหมายการตายดีของผู้สูงอายุ

จากที่มาและความสำคัญ และมูลเหตุจูงใจในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงเกิดคำถามอยู่ 2 ประการ คือ (1) การให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และ (2) การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบเป็นอย่างไร ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการเตรียมตัวตายอย่างสงบบมาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา เพราะสามารถสะท้อนให้เห็นมุมมองของความตายที่มากกว่าประเด็นเรื่องของจริยธรรมของสังคม หรือมายาคติของบรรทัดฐานทางสังคมส่วนมากที่มองว่าการตายเป็นเรื่องของ “บุคคล/ส่วนตัว” และเป็นเรื่อง “อัปมงคล” หรือ “การสูญเสีย” หากแท้จริงแล้วความตายในกระบวนทัศน์ของสังคมเป็นชุดความคิดที่สั่งสมมา ทำให้เราเรียนรู้ เข้าใจ และยอมรับต่อนิยามความหมายเกี่ยวกับความตายที่ถูกประกอบสร้างมาจากอิทธิพลของศาสนา อิทธิพลของอำนาจของแต่ละสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น ความตายจึงไม่เคยถูกทำให้กระจ่างชัด ด้วยเหตุนี้การรับรู้ความหมายของความตายจึงเป็นสิ่งที่ถูกจำกัดอยู่ในพื้นที่ส่วนตัวของบุคคล หากพิจารณาในเชิงปรัชญาว่าด้วยความตาย ความตายถูกแบ่งออกเป็นเรื่องส่วนตัว และเรื่องสาธารณะ ซึ่งทั้งสองส่วนมีความเชื่อมโยงกัน เนื่องจากทั้งสองส่วนสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในการเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบจะเป็นส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนให้เกิดการดูแลในวัยสูงอายุที่ดีขึ้น นอกจากนั้น การพูดเรื่องความตายจะก้าวข้ามการให้ความหมายของกระบวนทัศน์กระแสหลักกว่าเป็นเรื่องส่วนตัว การถูกจำกัดเฉพาะประเด็นของการสูญเสีย หากการตายในอีกแง่มุมหนึ่งคือการสะท้อนให้เห็นถึงมิติของการช่วยเหลือ เกื้อกูล เอื้ออาทรกันภายในครอบครัว ชุมชน และสังคมในการมีบทบาทการส่งเสริมเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา” เพื่อเข้าใจการให้ความหมายการตายดีของผู้สูงอายุ ในมุมมองที่ผู้สูงอายุถ่ายทอดผ่านประสบการณ์ของตนเอง และนำผลการวิจัยที่ได้ไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การอบรม เสนอรูปแบบ แนวทางการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมภายในชมรมผู้สูงอายุ ในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ รวมถึงการพัฒนาระบบการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ให้แก่นักสังคมสงเคราะห์ และ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรม หรือปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ

1.3 คำถามในการวิจัย

1. การให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 23 สี่พระยาเป็นอย่างไร
2. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการ
สาธารณสุข 23 สี่พระยาเป็นอย่างไร

1.4 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา
2. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบในชมรมผู้สูงอายุ
ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา

1.5 ขอบเขตในการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา” ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาไว้
2 ส่วน ดังนี้

1.5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาต้องการที่จะศึกษา การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ
สู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยผู้ศึกษา
ใช้ทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อทำความเข้าใจการให้ความหมายของความตาย
การเตรียมความพร้อมก่อนตายผ่านประสบการณ์ของบุคคล โดยผ่านกรอบแนวคิดและทฤษฎี
ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ แนวคิดการดูแล แนวคิดการเตรียมตัว
ตายอย่างสงบ และแนวคิดพฤติกรรมกรรมการเตรียมตัวตาย

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยต้องเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 71 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563, กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุจำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 12 ราย โดยมีคุณสมบัติเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา ที่เข้าร่วมกิจกรรมภายในชมรมไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี ไม่มีอาการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย มีประสบการณ์สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

1.6 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

1. การให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผ่านประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น การเจ็บป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัด เคยประสบอุบัติเหตุรุนแรง หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมงานศพ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก/ใกล้ชิด

2. การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ หมายถึง การวางแผนที่จะให้ตนเองเข้าสู่การตายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยครอบคลุมใน 4 มิติ ได้แก่

(1) มิติด้านร่างกาย คือ บุคคลสามารถยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนเองได้ การวางแผนเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น การทำพินัยกรรมชีวิต การเขียนเจตนาารมณ์สุดท้ายในสมุดเบาใจ

(2) มิติด้านจิตใจ คือ การทำตามความปรารถนาของตนเองให้สำเร็จก่อนเสียชีวิต

(3) มิติด้านจิตวิญญาณ คือ การที่บุคคลรอบข้างให้ผู้สูงอายุบำบัตเียวยาตนเองตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม และค่านิยมของตนเอง

(4) มิติด้านสังคม คือ การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อการวางแผนสู่การตายอย่างสงบอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา หมายถึง สมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเข้าร่วมกิจกรรมภายในชมรมไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและจิตที่ดี

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อทราบถึงทัศนคติการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา
2. ได้ทราบถึงข้อมูลการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา เพื่อเป็นกรณีศึกษาให้แก่องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการด้านผู้สูงอายุ ในการปรับเปลี่ยนนโยบายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ
3. เพื่อเป็นแนวทางให้แก่องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการด้านผู้สูงอายุที่จะดำเนินการเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง "การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา" โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี รวมถึงวรรณกรรม และงานวิจัยที่มีผู้ศึกษามาก่อนหน้าเพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดการดูแล
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการตาย
- 2.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมตัวตาย
- 2.6 กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการตาย
- 2.7 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

มนุษย์เราเมื่อเกิดมาจะมีกระบวนการทำงานในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโตและกระบวนการเสื่อมถอยไปตามสภาพของร่างกาย ซึ่งทั้งสองกระบวนการนี้ มักเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเมื่อมนุษย์เติบโตขึ้นเรื่อยๆ กระบวนการเสื่อมถอยของร่างกายจะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้น เมื่อเสื่อมถอยลงมากๆ ร่างกายก็จะมีการเปลี่ยนแปลง จนเริ่มเข้าสู่ “วัยสูงอายุ” นั่นเอง

ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ตามเวลาที่ผ่านไปหรือตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสิ้นสุดของความสูงอายุ ก็คือความตาย เป็นที่รู้กันดีว่าสิ่งมีชีวิตต่างๆ จะมีอายุขัยยืนยาวแตกต่างกันไป สำหรับมนุษย์จะมีอายุขัยระหว่าง 115-120 ปี หรืออาจจะมากกว่า นักชีววิทยากล่าวถึงความสูงอายุ (Senescence) ว่าเป็นการลดลงของสมรรถนะ การทำหน้าที่ของสิ่งมีชีวิตอันเป็นกระบวนการธรรมชาติ ซึ่งแยกออกจากความผิดปกติที่เกิดจากโรคต่าง ๆ (Victors, 1994, อ้างถึงใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545)

2.1.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หรือที่บางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย คนแก่ คนชรา โดยพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมาย ของคำว่า “แก่” ไว้ว่า มีอายุมาก และให้ความหมายของคำว่า “ชรา” ว่า แก่ด้วยอายุ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2562)

ปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2541) ได้ศึกษาการให้นิยามความหมายของผู้สูงอายุ จากการสอบถามประชากรตัวอย่าง 88 คน ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามที่รัฐกำหนด เป็นบุคคลที่มีความสามารถ ยังสามารถทำงานได้บ้างขึ้นอยู่กับสุขภาพร่างกายของแต่ละคน และการให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุเสมือนต้นโพธิ์ ต้นไทร แสดงถึงความยิ่งใหญ่ ปกป้อง ค้ำครองให้ร่มเงา ให้ความร่มเย็นในยามที่ลูกหลานทุกข์ร้อน

ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ระบุไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งทำให้เห็นว่า สำหรับพระราชบัญญัติฉบับนี้ บุคคลที่จะเป็นผู้สูงอายุตามกฎหมายของประเทศไทยได้ ต้องเป็นบุคคลที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และต้องเป็นผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ไม่ได้มีการกำหนดว่าอายุช่วงใดที่เป็นอายุเริ่มต้นของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพียงแต่ยอมรับว่าประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงอายุของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว รวมถึงประเทศไทยที่เป็นกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาด้วย (รสรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556)

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นทำให้พบว่า คำว่า ผู้สูงอายุ นั้น โดยภาพรวม หมายถึง บุคคลทั้งหญิงและชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งถูกพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสุขภาพ ที่สภาพร่างกายมีความเสื่อมโทรมลงตามกาลเวลา ที่มีความตรงข้ามกับวัยเด็ก โดยสิ้นเชิง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่ส่วนใหญ่มักจะเริ่มขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกถึงความไม่มีคุณค่าในตัวเอง ทำให้นั้นเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถทำงานและพึ่งพาตนเองได้ ต้องพึ่งพาลูกหลานไปตลอดระยะเวลาช่วงสุดท้ายของชีวิต

2.1.2 เกณฑ์ที่ใช้กำหนดความสูงอายุ

ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้าและทำงานเกี่ยวกับด้านผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ (สุรกุล เจนอบรม, 2541, อ้างถึงใน รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545) กล่าวคือ

(1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) คือการดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุจากจำนวนปี หรืออายุจริงที่ปรากฏ

(2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological aging) คือ การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ เป็นต้น

(3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งรวมไปถึงสติปัญญา เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป บุคลิกภาพเปลี่ยนไป

(4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Social aging) เป็นการดูลักษณะความรับผิดชอบในการทำงานรวมถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง เป็นต้น

สำหรับเกณฑ์ที่ใช้กำหนดความสูงอายุตาม Glascock & Feinman (1981, อ้างถึงใน มณฑิตา ศรีพล, 2562) ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องอายุของบุคคล โดยแบ่งเป็น 5 ลักษณะ คือ

(1) อายุตามปีปฏิทิน หรืออายุตามวัย กล่าวคือ เป็นอายุของบุคคลที่แสดงระยะเวลาที่บุคคลนั้นมีชีวิตตั้งแต่เกิด ซึ่งสามารถนำมาแสดงได้ชัดเจน และเป็นเกณฑ์บ่งชี้อายุและการสูงอายุของบุคคลดังที่ปรากฏในปัจจุบัน ที่กำหนดวัยสูงอายุอยู่ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์

(2) อายุทางชีววิทยา ซึ่งหมายถึง อายุที่อธิบายจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคล กล่าวคือ เมื่ออายุสูงขึ้น สภาพร่างกายหรือความสามารถของบุคคลมักจะเสื่อมลงตามปีที่สูงขึ้นนั่นเอง

(3) อายุทางสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานภาพหรือบทบาททางสังคมของบุคคลคนนั้น เช่น การเกษียณอายุ เป็นต้น

(4) อายุทางอัตวิสัย คือ อายุที่วัดจากการมีประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และมุมมองชีวิต รวมถึงการหล่อหลอมผ่านกระบวนการทางสังคมที่แตกต่างกัน

(5) การสูงอายุในมิติอื่นๆ หมายถึง อายุคาดเฉลี่ยของประชากรในประเทศ ซึ่งคือจำนวนปีที่คาดว่าบุคคลนั้นจะมีชีวิตอยู่ต่อไปข้างหน้า โดยอาจพิจารณาระดับของความเปราะบาง ความยากลำบาก และความต้องการความช่วยเหลือหรือคุ้มครองทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ร่วมด้วย

ในงานศึกษาของ ขนิษฐา บุรณพันธ์ และ จุไรรัตน์ เพ็ญวิบุต (2557) ได้กล่าวว่า เกณฑ์สำหรับการใช้กำหนดความสูงอายุนิยมใช้กันทั่วไป มี 4 เกณฑ์ คือ

(1) การใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ ในปัจจุบัน กำหนดอยู่ที่ 60 หรือ 65 ปี เป็นหลัก

(2) การใช้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยแบ่งเป็น 4 เกณฑ์ย่อย คือ สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะและการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตา การเปลี่ยนแปลงของกิจกรรมที่ทำ และการเปลี่ยนแปลงระดับการทำงานของร่างกาย

(3) การใช้เกณฑ์เวลา จากการอ้างอิงทางประวัติศาสตร์ หรือความสามารถในการจดจำเรื่องราวต่างๆ เป็นตัวกำหนด

(4) การใช้สังคมเป็นเกณฑ์ โดยการใช้จุดเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือบทบาทในสังคมที่เปลี่ยนไป

เมื่อพิจารณาแล้ว สำหรับเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความสูงอายุของบุคคลนั้น ไม่ได้แตกต่างกันมาก และโดยส่วนใหญ่มักใช้เกณฑ์หลักๆ อยู่ด้วยกัน 3 เกณฑ์ คือ (1) อายุที่ 60 หรือ 65 ปี ในการกำหนดโดยพิจารณาจากอายุตามปฏิทินเกิดของบุคคลนั้นๆ (2) การใช้เกณฑ์ในเรื่องของบุคลิกภาพภายนอกเป็นตัวกำหนดอายุ เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวยุ่น สมรรถภาพของร่างกาย เช่น การใช้ไม้เท้า การใช้เกณฑ์ในเรื่องของบทบาททางสังคม คือ ความรับผิดชอบของบุคคลดังกล่าวที่มีต่อครอบครัว หน้าที่การงาน บทบาทในชุมชน ประสบการณ์และมุมมองชีวิตของบุคคลดังกล่าว

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงผู้สูงอายุ เราก็จะนึกถึง คนแก่ หลังค่อม ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ผมขาว สายตาฝ้าฟาง แต่ความจริงแล้ว ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเรื่องของสภาพภายนอกที่เราพบเพียงเท่านั้น เพราะนอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ดัง ขนิษฐา บุรณพันธ์ศักดิ์ และ จุไรรัตน์ เพ็ญวิบุตร (2557) ที่อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะมีเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การรับรู้ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพทางสังคมที่ลดลงด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical Change) ได้แก่

(1.1) การเปลี่ยนแปลงที่ระบบผิวหนัง เช่น เส้นเลือดที่ผิวหนังเปราะ การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง ความยืดหยุ่นดี ต่อมไขมันทำงานน้อยลง เป็นต้น ทำให้เรามักเห็นร่องรอยเหี่ยวยุ่น และผิวหนังที่เหี่ยวแห้งของผู้สูงอายุ รวมทั้งสีผิวและขนที่กลายเป็นสีขาวด้วย

(1.2) ระบบประสาทสัมผัส ความไว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความสามารถในการจดจำและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง

(1.3) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ในวัยสูงอายุเซลล์กระดูกจะลดลงการเสื่อมของกระดูกมากกว่าการสร้างดังนั้นผู้สูงอายุจึงมักมีปัญหากระดูกเปราะ หรือแตกหักง่าย รวมไปถึงการที่น้ำในไขข้อลดลงซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการเสื่อมของข้อด้วยเช่นกัน

(1.4) ระบบการไหลเวียนเลือด การที่โครงสร้างหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่กล้ามเนื้อหัวใจที่มีพังผืดมาเกาะ มีไขมันมาสะสมในเซลล์มากขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะทำให้ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

(1.5) ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดลดลง การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง

ผนังทรวงอกแข็งขึ้นขยายตัวได้น้อยลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ทำให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพอง รวมถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และปอดบวมได้ง่ายขึ้น

(1.6) ระบบทางเดินอาหาร ฟันไม่แข็งแรง มีฟันผุ หรือฟันหลุดง่ายขึ้น ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ประกอบกับ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายของต่อมน้ำลายที่เสื่อมลง และการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ทำให้เกิดการเบื่ออาหารและท้องผูกได้

(1.7) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดและน้ำหนักของไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียน้ำมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะมีขนาดและความจุลดลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น และผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลงทำให้ปัสสาวะลำบาก ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง

(1.8) ระบบต่อมไร้ท่อในผู้สูงอายุ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างและการทำงานที่ลดลง จึงทำให้ต่อมอื่นๆ ที่ถูกควบคุมโดยต่อมใต้สมองทำงานลดลงด้วย เช่น ต่อมอ่อนหลังอินซูลินลดลง ต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดได้

จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังกล่าวข้างต้น อาจส่งผลกับการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไม่มากนักน้อย ซึ่งผู้สูงอายุเองจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นระยะ เพราะนั่นหมายถึง การที่จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจนั่นเอง

(2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น ไม่สามารถแยกเด็ดขาดออกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายได้ จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งเหล่านี้ มีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดังนี้

(2.1) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง ไม่สามารถปรับตัวได้

(2.2) เชื่อชาติต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัว คิดว่าตัวเองไม่มีประโยชน์ เป็นภาระผู้อื่น ซึมเศร้า

(2.3) ทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก คิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัว

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่คนภายนอกมักสังเกตได้ยาก ซึ่งแตกต่างจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนั้นลูกหลาน หรือบุคคลใกล้ชิดจึงต้องหมั่นสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อันจะส่งผลต่อการมีปัญหสุขภาพจิตในอนาคตได้

(3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Sociological Change) ในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงหนึ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากมาก คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างสูง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้

(3.1) การปลดเกษียณ หรือการออกจากออกจากงาน เป็นการทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม เสี่ยงการสมาคมกับเพื่อน เสี่ยงภาวะทางการเงินที่เคยได้รับ และการดำเนินชีวิตที่ถูกปรับเปลี่ยนแบบแผนไป

(3.2) การเปลี่ยนแปลงของสังคมและครอบครัว การที่บุตรแยกครอบครัว หรือการสูญเสียคนรัก ทำให้ต้องประสบกับความเหงาและขาดคนคอยดูแล

(3.3) การลดความสัมพันธ์ในชุมชน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่ต่างๆ ที่เคยได้รับผิดชอบ มอบหมายจากชุมชนจะลดลงทำให้ความสัมพันธ์ที่เคยมีต่อชุมชนลดลงเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม คือ อีกหนึ่งสาเหตุที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการปรับตัว และการดำรงชีวิต ซึ่งหากครอบครัว และชุมชนร่วมกันส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุนั้นก็จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสังคมได้ต่อไป

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้เห็นว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านสังคม มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน เพราะการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความกดดันทางอารมณ์ รวมถึงการทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง ที่จะช่วยเหลือและดูแลตัวเองได้ ดังนั้นเมื่อพิจารณาแล้วในการทำงานกับผู้สูงอายุจึงควรมีการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ด้วยการส่งเสริมการสร้างสุขภาพที่ให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการสร้างสรรค์ประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคม เพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมต่อไป

2.1.4 ปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมไทย

เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ซึ่งมักเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความเสื่อมถอยลง เช่น ระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายเสื่อมโทรมลง ภาวะการพึ่งพาตนเองลดลง ประสิทธิภาพในการทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมักจะพบเจอกับปัญหาในการดำรงชีวิต ดังตัวอย่างงานวิจัยของ เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิผล และคณะ (2559) โครงการสำรวจวิจัยผู้สูงอายุ จากครอบครัวผู้สูงอายุใน 10 จังหวัดของประเทศไทย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ 4,561 ครอบครัว และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและครอบครัวผู้สูงอายุ 214 คน ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาดังนี้

(1) ปัญหาด้านร่างกาย คือ การเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย พฤติกรรมการแสดงออกต่างๆ ซ้ำลง จดจำสิ่งต่างๆ ได้ยากขึ้น มีอาการวิตก อารมณ์เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และกระวนกระวายใจ

(2) ปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ คือ ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากลูกหลาน สูญเสียคู่ชีวิตคู่ครอง ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง รายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้ บางรายเป็นภาระกับลูกหลาน

(3) ปัญหาทางสังคม คือ ขาดเพื่อนเนื่องจากถูกออกจากงาน หรือการเกษียณอายุราชการทำให้ไม่สามารถทำบทบาทเดิมที่ตนเองเคยเป็น ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาอยู่บ้านส่งผลให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคมและบุคคลอื่น ขาดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง

(4) ปัญหาสภาพจิตใจ คือ เศร้าซึมอย่างไม่มีเหตุผล รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ฟุ้งซ่าน เศร้าหมอง หดห้วง ท้อแท้ นอนไม่หลับ พุดมาก อยู่ไม่นิ่ง

จากการศึกษาของ พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2556) เป็นการศึกษาลักษณะปัญหาและสาเหตุของปัญหาผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ และนำเสนอแนวนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหา โดยใช้วิธีการวิจัยคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ งานวิจัย และการสนทนากลุ่ม (Focused Group) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหา 4 ประการ คือ

(1) ผู้สูงอายุลดคุณค่าและบทบาทของตนเองในครอบครัวลง เป็นสาเหตุมาจากสมาชิกภายในครอบครัวลดการเคารพนับถือสมาชิกอาวุโสลง

(2) ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและโดดเดี่ยว สาเหตุมาจาก บุตรหลานต้องไปทำงานต่างถิ่น การเสียชีวิตของคู่สมรส การเสียบุตรหลานจากเหตุการณ์ความไม่สงบจากชายแดนภาคใต้ และการขายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยม

(3) ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการและสิทธิ มีสาเหตุมาจากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอ ขาดการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง และขาดการทำงานในเชิงรุก

(4) ปัญหาองค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อยและขาดความเข้มแข็ง

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุไทยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดน้อยลง เกิดภาวะพึ่งพิงครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจ และการดูแล หากครอบครัวที่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีจะไม่เกิดปัญหาในการทอดทิ้งผู้สูงอายุ หรือ ผู้สูงอายุรู้สึกลดคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยสิ่งสำคัญคือการที่สังคมต้องมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้สูงอายุ เมื่อสังคมมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้สูงอายุ จะเพิ่มโอกาสและแรงสนับสนุนในศักยภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ขณะที่ในทางตรงกันข้ามหากสังคมมีทัศนคติด้านลบต่อผู้สูงอายุ ก็จะส่งผลกระทบต่อด้านการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบในภาพรวมของการบริหารจัดการของภาครัฐถึงนโยบาย มาตรการจัดการสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยที่พึ่งพิงมากยิ่งขึ้น งบประมาณในการดูแล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตจะหมดไปกับการดูแลรักษา การเปิดสถานสงเคราะห์มากกว่าการส่งเสริมศักยภาพ ความสามารถให้แก่ผู้สูงอายุในการพัฒนาตนเอง

2.1.5 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่ระบุว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน กล่าวคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้ จะสะท้อนถึงการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ และนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2558)

ตารางที่ 2.1

จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (อายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583

ปี พ.ศ.	ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)		ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)		ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)		รวมทั้งหมด	
	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
2553	4,629.7	55.1	2,708.1	32.2	1,070.2	12.7	8,408.00	100
2563	7,255.6	57.5	3,676.3	29.1	1,689.5	13.4	12,621.40	100
2573	9,260.4	52.7	5,897.9	33.6	2,420.6	13.8	17,578.90	100
2583	8,958.5	43.7	7,639.4	37.2	3,921.4	19.1	20,519.30	100

หมายเหตุ. ปรับปรุงจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดความจำเป็นเร่งด่วนของการดำเนินการต่างๆ เพื่อรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องออกกฎหมาย นโยบาย มาตรการที่ครอบคลุมถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรวัยผู้สูงอายุถือว่าเป็นกลุ่มที่เปราะบางและมีความสำคัญที่เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย กล่าวคือ กลุ่มประชากรสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเลือกปฏิบัติของคนในสังคม และครอบครัวสูงจากการมีมายาคติว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของสังคม มีปัญหาทางสังคมและสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ลักษณะของความเสี่ยงเช่นนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยจะต้องตระหนักและดำเนินการในเรื่องของการจัดสวัสดิการให้สอดคล้องกับความต้องการได้รับการตอบสนอง

ครอบครัว ชุมชน รัฐและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้สูงอายุเอง ต้องตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบาย การจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยนโยบายของภาครัฐจะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในขณะที่ยังคงการปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างสรรคโครงการที่ดึงดูดศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนครอบครัวจะต้องให้ความสำคัญ ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนั้น ทิศทางการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ คือ สิ่งที่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องหันมาให้ความสำคัญกับการออกกฎหมาย มาตรการ นโยบายเพื่อเตรียมความพร้อมของสังคมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีศักยภาพ

2.1.6 แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่า กฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบมี 4 ฉบับ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560, ปณิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1.6.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ถือเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศที่จะทำให้ทราบถึงแนวนโยบายการบริหารของรัฐว่าเป็นลักษณะแบบใด โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ช.ชรินทร์ เพ็ชฌัญญ์, 2544) รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย

มาตรา 27 วรรค 3 กำหนดว่า การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือ

สุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือเหตุอื่นใด จะกระทำมิได้

มาตรา 27 วรรค 4 กำหนดว่า มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรค หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาส ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมตามวรรคสาม

มาตรา 48 วรรค 2 กำหนดว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพและบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิ ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ

มาตรา 71 วรรค 3 กำหนดว่า รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟู และเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว

มาตรา 71 วรรค 4 กำหนดว่า ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัยและสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

มาตรา 74 วรรค 1 กำหนดว่า รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและวัยและให้มีงานทำ และพึงคุ้มครองผู้ใช้แรงงานให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดีในการทำงาน ได้รับรายได้ สวัสดิการ การประกันสังคม และสิทธิประโยชน์อื่นที่เหมาะสมแก่การดำรงชีพ และพึงจัดให้มีหรือส่งเสริมการออมเพื่อการดำรงชีพเมื่อพ้นวัยทำงาน

ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารัฐได้ให้ความสำคัญกับสิทธิของผู้สูงอายุ และมีความประสงค์อย่างเป็นรูปธรรมที่จะจัดให้มีกฎหมายสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นธรรมแก่ผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียม รวมถึงประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในด้านสิทธิของประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนมุมมองสวัสดิการจากเรื่องการช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2534 มาตรา 81 “รัฐพึงช่วยเหลือและสงเคราะห์ผู้สูงอายุและผู้พิการให้มีสุขภาพ กำลังใจ และความหวังในชีวิต เพื่อสามารถดำรงตนอยู่ได้ตามสมควร” ซึ่งเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบสังคมสงเคราะห์ให้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้เท่านั้น มาเป็น

เรื่องการให้สวัสดิการในฐานะสิทธิตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2562, น. 2)

รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันของไทย คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 เมื่อศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า ไม่ได้มีการบัญญัติรับรองในเรื่องของสุขภาพไว้โดยตรงให้แก่ประชาชน หากมีการบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิในด้านต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพไว้ในบางมาตราดังงานศึกษาของ นิรมัย พิศแซ มั่นจิตร ได้แบ่งหมวดหมู่สิทธิในสุขภาพที่ได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 (นิรมัย พิศแซ มั่นจิตร, 2563, น. 33-42) ออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

(1) สิทธิในสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ สิทธิในสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ สิทธิพื้นฐานทางด้านสุขภาพที่ได้รับการรับรอง ไว้ในรัฐธรรมนูญ 2560 คือ สิทธิที่รับรองให้พลเมืองไทยมีความเสมอภาคกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานเหมือนกับที่เคยรับรองไว้ในรัฐธรรมนูญ 2540 โดยบัญญัติ เพิ่มเติมอีกด้วยว่าพลเมืองไทยมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐที่ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ พลเมืองไทยมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่าง เหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์ (มาตรา 47)

(2) สิทธิในสุขภาพด้านสติปัญญา ตามที่ปรากฏในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ สิทธิที่อาจจะถูกพิจารณาว่าเป็นสิทธิในสุขภาพมีอยู่ 2 ประเภทที่สำคัญ ได้แก่

- สิทธิได้รับการศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้แก่พลเมืองไทยทุกคนอย่างเสมอภาค ทั่วถึง มีคุณภาพ และไม่เก็บค่าใช้จ่าย ซึ่งสิทธินี้จะเป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพทางด้านสติปัญญาของบุคคล (มาตรา 54)

- เสรีภาพในทางวิชาการที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย ทั้งในเรื่องการศึกษาอบรม การเรียนการสอน การวิจัย และการเผยแพร่งานวิจัยตามหลักวิชาการซึ่งเป็นเสรีภาพที่ช่วยพัฒนาสติปัญญาของบุคคล (มาตรา 34 วรรคสอง)

(3) สิทธิในสุขภาพด้านสังคม เป็นการมองสิทธิของบุคคลทางด้านสุขภาพเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับบุคคลอื่นหรือเพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ในสังคม มีสิทธิที่เกี่ยวข้องอยู่ 4 ประเภท ได้แก่

- เสรีภาพในการรวมกันเป็นสมาคม สหภาพ สหกรณ์ องค์กร ชุมชน หรือหมู่คณะอื่น ในลักษณะที่เป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน (มาตรา 42)

- สิทธิของบุคคลที่จะได้รับความคุ้มครองตามความเหมาะสมในการมีส่วนร่วม กับรัฐและ ชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลาย ทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้

ดำรงชีพอยู่ได้อย่าง ปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพ ชีวิตของตน (มาตรา 43)

- สิทธิเสนอร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในสุขภาพอนามัย ต่อประธานรัฐสภา โดยการรวมตัวกันของประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่าหนึ่งหมื่นคน (มาตรา 133 (3))

การรับรองสิทธิในสุขภาพของประชาชน ไม่ได้ระบุไว้แก่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เท่านั้น หากหมายรวมถึงประชาชนทุกคนในรัฐนั้นที่มีสิทธิในการได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากการจัดทำบริการสาธารณสุขเป็นหน้าที่ของรัฐ เนื่องจากยุคสมัยโลกาภิวัตน์ รัฐบาลมุ่งให้ ความสำคัญในเรื่องของสิทธิพลเมือง สิทธิมนุษยชน และความมั่นคงของมนุษย์เป็นสำคัญ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับเรื่องของสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐบาลต้องตระหนัก เพราะการจัดสวัสดิการ ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือของรัฐในการสร้างความเป็นธรรมทางสังคมและความชอบธรรมทาง การเมือง ในการกระจายอำนาจทรัพยากร และเกณฑ์เรื่องการเป็นสิทธิของพลเมืองที่จะต้องได้รับ อย่างเท่าเทียม เพื่อให้ทุกคนในสังคมมีโอกาสที่ทัดเทียมกันมากที่สุด และมีมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดี

ในทัศนะของผู้ศึกษา หากมองการรับรองสิทธิในสุขภาพของประชาชนใน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับที่ผ่านมา ในมุมมองของแนวคิดสวัสดิการ อาจกล่าวได้ว่า สวัสดิการที่มีความจำเป็นขั้นพื้นฐานล้วนเป็นหน้าที่ของรัฐ เพราะถือว่าเป็นสวัสดิการเชิงสถาบัน เพราะรัฐเองมีความพร้อมในเรื่องของทรัพยากรในการบริหารจัดการ หากให้ภาคประชาชนจัด สวัสดิการให้แก่กันเอง ก็จะสะท้อนการไร้ประสิทธิภาพของภาครัฐ หากสวัสดิการที่ประเทศไทย กำลังเผชิญ ล้วนมาจากนโยบายประชานิยมของนักการเมืองก่อนที่จะได้รับตำแหน่ง หรือที่นั่งในการ บริหารประเทศ ซึ่งนโยบายประชานิยมจัดให้แก่ประชาชนส่วนมากของประเทศที่เห็นชอบกับนโยบาย ดังกล่าว โดยเฉพาะกลุ่มแรงงาน และคนชั้นกลาง หากนโยบายประชานิยมกลุ่มชนชั้นบนก็ไม่ได้ เห็นชอบ เพราะตนจะต้องเสียภาษีอัตราก้าวหน้าที่สูงมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลประโยชน์ที่กลุ่มดังกล่าวได้รับ จะน้อย หากในมุมมองของนักการเมืองที่เสนอนโยบายที่เป็นประชานิยมนั้น ล้วนคาดการณ์ถึง การขาดทุนและผลประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับเป็นที่เรียบร้อยแล้ว หรือเรียกว่า การแบ่งชิ้นเค้กทาง การเมือง ดังเช่น นโยบายประชานิยมที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย คือ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ (บัตร 30 บาท) นโยบายดังกล่าวตั้งต้นมาจากนโยบายประชานิยม ในสมัยปี พ.ศ. 2544 ยุคนายกรัฐมนตรีกษัตริย์ ชินวัตร นโยบายนี้ทุกคนต่างวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นไป ไม่ได้ที่จะทำให้เกิดความถ่วงหนั และการสูญเสียงบประมาณไปกับการลงทุนด้านสุขภาพ มากกว่า ด้านเศรษฐกิจ แต่สุดท้ายนโยบายดังกล่าวผ่านการศึกษาวิจัย การนำเสนอถึงผลกระทบด้านบวกและ ด้านลบในการจัดบริการสุขภาพโดยรัฐ โดยผลการศึกษาส่วนมาก พบว่า ประชาชนส่วนมากเข้าถึง บริการสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.1.6.2 ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542

การจัดทำแผนปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เกิดขึ้นเนื่องในปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2542 สมัยรัฐบาลนายชวน หลีกภัย เพื่อเป็นพันธกรณีให้รัฐบาลจัดทำนโยบาย และโครงการเพื่อผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ (ปิยากร หวังมหาพร, 2554, น. 77) การประกาศให้มีปฏิญญาผู้สูงอายุไทย นับว่าเป็นก้าวสำคัญของรัฐบาล และสังคมไทยสำหรับการผลักดันนโยบายและมาตรการหลักในการช่วยเหลือ จัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ใช่เพียงการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้ หรือ การคุ้มครองผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายร่างกาย และจิตใจ แต่เป็นการครอบคลุมถึงสิทธิที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน ในการเข้าถึงบริการพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี

รัฐบาลได้กำหนดปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุไทย ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ (ช.ชรินทร์ เพ็ชฌัญญู, 2544, น. 18-19) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์ และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษา เรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับตัวของตนให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัย ตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามศรัทธา

ข้อ 6 ผู้สูงอายุควรมีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันและกับบุคคลทุกวัย

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ์คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของสูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่พ่อแม่และความเอื้ออาทรต่อกัน

จากปณิญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับการศึกษาในครั้งนี้คือ ปณิญาข้อ 5 เนื่องจากกล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษาให้แก่ตนเองได้ ถึงแม้ว่าในอดีตแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับการเคารพนับถือและเชื่อฟังจากผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะมองแพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ว่าเป็นผู้มีพระคุณที่ช่วยเหลือให้ตนเองรอดพ้นจากโรคร้ายที่คุกคามอยู่ เมื่อแพทย์แนะนำหรือให้การรักษาอย่างไร ผู้ป่วยก็มักจะยินยอมหรือยอมรับการรักษาที่แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ หรือเลือกการรักษาให้อย่างสมัครใจและปราศจากความสงสัยใดๆ โดยที่แพทย์นั้นจะมีสถานะที่เหนือกว่าคนไข้ เป็นความสัมพันธ์ของการเคารพนับถือไว้วางใจในตัวบุคคลหรือเรียกว่า Fiduciary Relationship หรือความสัมพันธ์แบบพ่อให้การดูแลลูก (Paternalism) แต่ในปัจจุบันความสัมพันธ์ดังกล่าวได้ถูกแปรเปลี่ยนไป ผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกัน (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563, น. 65) ดังนั้น การรักษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องอยู่บนฐานของสิทธิมนุษยชน หลักการความเท่าเทียมของความเป็นมนุษย์ ไม่มีใครอยู่เหนือกว่าใคร ผู้ป่วยมีอำนาจตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองโดยมีความคิดเห็นของแพทย์ประกอบการตัดสินใจ เช่น วัตถุประสงค์ของการรักษา ผลของการรักษา และผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากเลือกที่จะรักษาหรือไม่รักษา การตัดสินใจนั้นไม่ใช่การตัดสินใจของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์เพียงฝ่ายเดียวเช่นในอดีต ซึ่งการรักษาเช่นนั้นเป็นการให้อิสระ และการเคารพซึ่งการตัดสินใจของผู้ป่วย

2.1.6.3 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2553 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560

ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ที่เกิดขึ้นจากการที่ประเทศไทยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และเกิดขึ้นจากแรงผลักดันของกลุ่มผลประโยชน์ โดยการสนับสนุนจากส่วนราชการ

ฝ่ายการเมือง โดยเฉพาะส่วนราชการทางการแพทย์ยังคงมีอิทธิพลอย่างสำคัญในการจัดทำพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 (ปิยากร หวังมหาพร, 2554, น. 89)

โดยเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ มาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ และเพื่อให้ได้กฎหมายที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546)

นอกจากนั้นโครงการหลักๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงการประกาศพระราชบัญญัติฉบับนี้ นับเป็นจุดเริ่มต้นของการเห็นความสำคัญของส่วนราชการต่างๆ ต่อเรื่องผู้สูงอายุ แม้ว่าโครงการเห็นความสำคัญของส่วนราชการต่างๆ เหล่านั้น จะมีทั้งโครงการที่ได้รับงบประมาณอย่างต่อเนื่อง และบางแห่งได้รับงบประมาณน้อยและไม่ต่อเนื่องด้วย (ปิยากร หวังมหาพร, 2554, น. 93) จากการวิเคราะห์ของผู้ศึกษา คือ การได้รับงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่องและมีข้อจำกัดเช่นนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดประสิทธิผลที่ก่อให้เกิดการพัฒนาประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง อาจกล่าวได้ว่ารัฐบาลยังคงไม่เข้าใจถึงสิทธิของผู้สูงอายุเท่าที่ควร รวมถึงการมีกลุ่มผลประโยชน์เพียงฝ่ายเดียวเป็นเสมือนการผูกอำนาจไว้ที่ฝ่ายเดียว หากการเรียกร้องของฝ่ายผลประโยชน์ล้วนมีท่าทีที่เกื้อกูลต่อกัน ดังคำสุภาษิตที่ว่า “น้ำพึ่งเรือ เสือพึ่งป่า” การกำหนดกรอบทิศทางนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์เปรียบเสมือนเงา หรือ ตัวแทนของส่วนราชการ ในการเรียกร้องให้รัฐบาลเห็นความสำคัญในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ซึ่งการที่รัฐบาลให้ความสนใจเพียงเพราะว่า รัฐบาลต้องการสร้างฐานนิยมให้แก่พวกพ้องของตน รวมถึงการกระจายความชอบธรรมในการกำหนดนโยบาย หากการกระทำเช่นนี้ตลอดเวลา ย่อมเกิดผลเสียมากกว่าผลดี เพราะหากกลุ่มผลประโยชน์ ยึดหลักความเสมอภาค ผลประโยชน์สาธารณะของคนส่วนมากเป็นที่ตั้งย่อมเกิดประโยชน์ต่อสังคม หากกลุ่มผลประโยชน์มีแนวทางในการเรียกร้องเพียงเพราะต้องการสิทธิประโยชน์ให้แก่กลุ่มตนเองเท่านั้น หรือ เอื้อประโยชน์ให้แก่รัฐบาลนายทุน การกำหนดนโยบายจะขาดน้ำหนัก และผิดวัตถุประสงค์

จากการศึกษาในประเด็นการเกิดร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. โดยพัฒนาการของร่างดังกล่าวใช้ระยะเวลาถึง 6 ปี ตั้งแต่วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2540 จนกระทั่งในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ที่ประชุมได้พิจารณาร่างดังกล่าว และมีมติเห็นชอบกับร่างที่คณะกรรมการพิจารณาหลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ทำให้ส่วนราชการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องจัดสวัสดิการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การบริการทางการศึกษา การประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ บริการ

สาธารณะอื่นๆ การช่วยเหลือค่าโดยสารยานพาหนะ การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การช่วยเหลือกรณีถูกทำร้าย หรือได้รับอันตราย หรือถูกทารุณกรรม เป็นต้น (ปิยากร หวังมหารพร, 2554, น. 108)

จากงานวิจัยของ ช.ชรินทร์ เพ็ชฌุไพศิษฐ์ โดยการวิจัยจากเอกสาร ข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นด้านกฎหมายที่รัฐได้มีการบัญญัติเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยพิจารณาในประเด็นความเหมาะสมของกฎหมายที่บัญญัติ ปัญหาและอุปสรรคของการใช้กฎหมาย ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง หรือบัญญัติกฎหมายใหม่ การศึกษาปัญหาที่เป็นผลสรุปจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง สวัสดิการของผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงสนทนากับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เพื่อทราบถึงเจตนารมณ์ในการบัญญัติรัฐธรรมนูญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และการจัดประชุมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย และผู้เกี่ยวข้องโดยทั่วไป เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการศึกษา (ช.ชรินทร์ เพ็ชฌุไพศิษฐ์, 2544) โดยผลการศึกษาพบว่า ในประเทศไทย แนวคิดและความเป็นมาเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุ อิงอยู่กับหลักวัฒนธรรมประเพณีเป็นสำคัญ แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุตามที่ปรากฏอยู่ในตัวบทกฎหมาย ได้แก่ สิทธิในการรับมรดก สิทธิได้รับคืนทรัพย์สินด้วยเหตุเนรคุณและสิทธิที่จะไม่ถูกฟ้องในคดีแพ่งและคดีอาญาจากบุตรตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ สิทธิที่จะไม่ถูกทอดทิ้งตามประมวลกฎหมายอาญา แต่ภายหลังสิทธิของผู้สูงอายุ เริ่มปรากฏเด่นชัดขึ้นในแนวนโยบายของรัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติประกันสังคม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี และในการดำเนินงานของส่วนราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงสาธารณสุข และร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ อันนับเป็นร่างกฎหมายที่รับรองสิทธิของผู้สูงอายุโดยตรงแต่ก็ยังไม่ครอบคลุมและในประโยชน์แก่ผู้สูงอายุเท่าที่ควร

ด้วยเหตุที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ยังไม่ครอบคลุมและประโยชน์ของผู้สูงอายุเท่าที่ควร ในปี พ.ศ. 2553 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติผู้สูงอายุเพิ่มเติม จึงเกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 เหตุผลในการประกาศใช้ โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 53 กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญดังกล่าวสมควรแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติเกี่ยวกับอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ สิทธิเรื่องเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ และอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมจากรัฐ จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2553)

ต่อมาได้เกิดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงมีนโยบายและมาตรการในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยโดยการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เพื่อให้ได้รับสวัสดิการที่จำเป็น แต่เนื่องจากกองทุนผู้สูงอายุที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุมีรายได้น้อยเพียงพอต่อการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว จึงสมควรเพิ่มบทบัญญัติเรื่อง การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และบทบัญญัติเกี่ยวกับที่มาของเงินกองทุน เพื่อให้รวมถึงเงินบำรุงกองทุนที่ได้รับจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบ ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต โดยให้เรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละสองของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต และให้ผู้มีหน้าที่เสียภาษีดังกล่าวเป็นผู้มีหน้าที่ส่งเงินบำรุงกองทุน และให้กรมสรรพสามิต และกรมศุลกากรเป็นผู้ดำเนินการเรียกเก็บเงินบำรุงกองทุนเพื่อนำส่งเข้ากองทุน และในปีงบประมาณที่มี เงินบำรุงกองทุนส่งเข้ากองทุนเกินสี่พันล้านบาท ให้กรมกิจการผู้สูงอายุนำเงินบำรุงกองทุนส่วนที่เกินนั้นส่งคลัง เป็นรายได้แผ่นดิน กำหนดให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจัดสรรเงินบำรุงกองทุน และเงินที่มีผู้บริจาค เข้ากองทุนซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจ่ายเป็นเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย สำหรับจ่ายเป็น เงินสงเคราะห์ดังกล่าว กำหนดกรณีการได้รับการยกเว้น ลดหย่อน หรือคืนเงินบำรุงกองทุน และกรณีที่ต้องเสียเงินเพิ่ม รวมทั้งเพิ่มบทกำหนดโทษ และการเปรียบเทียบคดี และแก้ไขเพิ่มเติมให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นผู้รักษาการตามกฎหมายด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2560)

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในสังคมไทย การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติขึ้นเพื่อสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันจึงส่งผลดีต่อการจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ เพราะหากยังคงยึดกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2542 ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ ก็อาจจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ การจัดสวัสดิการของภาครัฐดังที่แก้ไขเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 รวมถึงการจัดสรรงบประมาณรายได้โดยการเรียกเก็บภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสินค้าสุราและยาสูบ เพื่อบำรุงกองทุนและนำเงินเข้ากองทุนเพื่อจ่ายเงินสงเคราะห์ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หรือ เงินสนับสนุนการประกอบอาชีพ การจัดหาที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ดังที่แก้ไขเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ดังนั้นการแก้ไขกฎหมายจึงสามารถตราขึ้นใหม่ได้ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และเป็นการป้องกัน การแก้ไขปัญหา การพัฒนาและการส่งเสริมความมั่นคงทางสังคม

2.1.6.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นพระราชบัญญัติที่ตราขึ้นสืบเนื่องมาจากการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยในปี พ.ศ. 2543 โดยรัฐบาลในสมัยนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรีได้ออกกระเปียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 โดยจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เพื่อเป็นสำนักงานหลักในการผลักดันให้เกิดระบบสุขภาพแบบใหม่ในประเทศไทย โดยทุกภาคส่วนในสังคมจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพด้วย มิได้จำกัดการมีส่วนร่วมไว้เฉพาะบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประชาชนทุกคนในสังคม “สุขภาพ” จึงถูกมองในมิติใหม่ที่มีความหมายและขอบเขตที่กว้างมากขึ้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ดังนั้นจึงไม่ใช่เพียงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรค หรือทำให้มนุษย์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่ยังรวมถึงการทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข ระบบสุขภาพแบบใหม่จึงมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางการเมืองการปกครอง ปัจจัยทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (นิรมัย พิศข่มณจิตร, 2563, น. 43)

เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่สุขภาพหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล การวางระบบ เพื่อดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน จึงไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก และจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในขณะที่โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทัน มีส่วนร่วม และมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ เพื่อวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งมีองค์กรและกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง และเป็นการสอดคล้องกับ บทบัญญัติแห่งมาตรา 56 มาตรา 76 และมาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

โดยพระราชบัญญัตินี้ มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพในประเทศไทยเป็นอย่างมากในการกำหนดนิยามใหม่ของสุขภาพ ให้มีความชัดเจนและครอบคลุม การบัญญัติในเรื่องของสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ การกำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการวางนโยบายและดำเนินงานทางด้านสุขภาพของประเทศ การจัดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่เกิด

จากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ การจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” การจัดให้มี “สมัชชาสุขภาพ” ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563, น. 44)

กล่าวโดยสรุป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับเป็นกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชนให้มีมาตรฐาน โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน และคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการตราพระราชบัญญัตินี้ขึ้นนำเสนอประเด็นในเรื่องของการให้นิยามความหมายประเด็นสุขภาพที่ชัดเจน สิทธิของผู้ป่วย การบัญญัติเรื่องสิทธิและหน้าที่ และสิ่งสำคัญคือการเปิดโอกาสให้แก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำเสนอแนะนโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสามารถตอบสนองต่อความต้องการได้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

2.2 แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ

คำว่า Active Ageing ยังไม่มีบัญญัติคำแปลไว้ในพจนานุกรมกรม อย่างไรก็ตามการจะทำให้มีการใช้คำที่แทนความหมายของคำดังกล่าวแตกต่างกันออกไป เช่น พดพิพลัง พดพิพลัง วุฒิวิัย เป็นต้น โดยในภาพรวมได้กล่าวถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงขอใช้คำว่า การเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ให้ความเข้าใจที่ตรงกัน

2.2.1 ความสำคัญของการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ริเริ่มในการนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับ Active Ageing ในช่วงปลายศตวรรษที่ 90 โดยให้ความหมายไว้ว่าเป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะของความสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลก โดยคาดว่า Active Ageing จะเป็นแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลกได้ และประเทศต่างๆ ก็ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาประเทศของตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนมีศักยภาพที่จะดูแลและพึ่งพิงตัวเองเท่าที่ผู้สูงอายุจะทำได้ และใช้ความสามารถนั้นในการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560, น. 3)

ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้เห็นคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ สิ้นหวัง และการพึ่งพาคนในครอบครัว หรือสังคมลงนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับ ความหมายที่ว่า

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ มีอิสระพึ่งพาตนเองได้ มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น มองโลก ในแง่ดี มีความสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมเพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นที่ยอมรับต่อตนเองและสังคมตราบนานยาวที่สุดท้ายของชีวิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552, อ้างถึงใน อาชญญา รัตนอุบล, 2562, น. 3)

จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุนั้น นับว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมไทย ที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากการจะเป็นการสร้างแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลทั่วไป เพื่อที่จะก้าวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถพึ่งพาตัวเองได้ ไม่เป็นภาระลูกหลานหรือสังคมนั่นเอง

2.2.2 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุขในการในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ (1) การมีสุขภาพที่ดี (Health) (2) การมีส่วนร่วม (Participation) และ (3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560, น. 3) โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้มีการนำมาประยุกต์ใช้และสามารถอธิบายได้ดังนี้

(1) การมีสุขภาพที่ดี (Health) คือ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่มีการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาด้วยการรักษาที่มีต้นทุนสูง และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยจะต้องมีการสร้างหรือการทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และตระหนักของผู้สูงอายุถึงภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดตามศักยภาพ โดยกระทำอย่างต่อเนื่องและมีความปลอดภัยในด้านสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่

(2) การมีส่วนร่วม (Participation) คือ การที่ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้งให้ห่างไกลออกจากสังคม โดยมีกิจกรรมต่างๆ ภายในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าไปมีส่วนร่วม ทำให้ไม่รู้สึกเหงา เหงา อันจะช่วยสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองกับผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้นด้วย โดยมีมิติด้านการมีส่วนร่วมมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมภายในชุมชน ซึ่งหมายถึงโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มกิจกรรมระหว่างคนต่างวัย และการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ความคิดความเห็น ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ตลอดจนแรงกายแรงใจของตนให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมภายในชุมชน ทั้งในลักษณะของการเป็นผู้นำและการเป็นผู้ร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งมีองค์ประกอบสนับสนุน 2 ส่วน คือ การเปิดพื้นที่ที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วม และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม

(3) การมีหลักประกันและความมั่นคง (Security) คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถมั่นใจได้ว่าตนเองจะได้รับการปกป้องคุ้มครอง การให้เกียรติ และการดูแลเอาใจใส่ยามที่มีอายุมากขึ้น รวมถึงความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของ ผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ

(3.1) ความพร้อมทางการเงินที่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ

(3.2) มีแหล่งสนับสนุนในการสร้างงานเพื่อให้เกิดรายได้ที่พอเพียง ต่อเนื่อง ไม่ทำให้การดำเนินชีวิตเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยมีทิศทางด้านความมั่นคงหรือการมีหลักประกัน ในชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับความพร้อมด้านการเงินที่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในด้านการออม และการมีรายได้จากการประกอบอาชีพ และการมีงานทำตามศักยภาพ และแหล่งสนับสนุนในการ สร้างงานเพื่อให้เกิดรายได้ที่ได้แก่ แหล่งการจ้างงาน และแหล่งการให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็น ในการทำงาน

จะเห็นได้ว่าจากมิติทั้ง 3 ด้าน ที่กล่าวมา จะสามารถนำไปสู่การส่งเสริม ศักยภาพของผู้สูงอายุให้มีศักยภาพได้ เพราะทั้ง 3 ด้าน คือการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็น คุณค่าของตัวเอง ว่าตัวเองสามารถอยู่ในสังคมได้โดยที่ยังมีคุณค่า และมีศักยภาพที่จะดูแลตัวเองได้ โดยไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิงครอบครัวและสังคม

2.2.3 การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

ในการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพนั้น ไม่ได้เป็นเรื่องเฉพาะของ ผู้สูงอายุเพียงเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องของทุกคนในสังคม รวมถึงตัวผู้ศึกษาเอง ที่ต้องมีการเตรียมตัว เตรียมใจสำหรับการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อจะสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตอย่างมีศักยภาพ โดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2546, อ้างถึงใน สิริพร วยยศ, 2561, น. 31) ได้สรุปขั้นตอนและเงื่อนไขของการส่งเสริม ศักยภาพผู้สูงอายุไว้ดังนี้

(1) การตระหนักและยอมรับที่จะทำ (realization and made commitment) คือการตระหนักว่าข้อมูลที่ได้รับเป็นปัญหา และการยอมรับที่จะวางแผนว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถ แก้ไขปัญหานั้นได้

(2) การพึ่งพิงตนเอง (self-reliance) คือ การกระทำการกิจกรรมใดๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นจนกว่าจะได้พยายามทำอย่างเต็มที่แล้ว

(3) การทำเพื่อทุกคนและทุกคนทำ (everyone does and does for everyone) คือการที่ทุกคนร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีเป้าหมายคือ ทำเพื่อประโยชน์ของ ทุกคนในกลุ่ม ให้ทุกคนได้เห็นคุณค่าของตัวเองและของกันและกัน

(4) การทำอย่างต่อเนื่อง (do continuously) คือ การกระทำการใดๆ ต้องมีการ กระทำอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่า การพัฒนาส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นที่สนใจของสังคม และแนวทางแก้ไข เพื่อพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงทาง เศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการส่งเสริมบทบาท ศักยภาพของผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในชุมชนและ

สังคม นำไปสู่การนำความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุมีมาถ่ายทอดให้แก่คนในชุมชนได้เรียนรู้ การเกิดภูมิปัญญาในชุมชน และการสานสัมพันธ์ของคนในชุมชน ลดช่องว่างระหว่างวัยลง นำไปสู่การสร้างคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดการดูแล

ในงานศึกษาครั้งนี้ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงของประชากรวัยสูงอายุ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในสังคมไทย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุ และแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากช่วงวัยสูงอายุนั้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ เป็นผลมาจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนำมาซึ่งการเกิดโรคต่างๆ และการต้องพึ่งพิงการดูแลจากคนในครอบครัว ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3.1 นิยามและความหมายการดูแล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายคำว่า “ดูแล” ไว้สองความหมาย โดยความหมายแรกคือ “เอาใจใส่ให้เป็นไปด้วยดี” เช่น พ่อแม่ดูแลลูก พยาบาลดูแลคนไข้ และความหมายที่สองคือ “ปกป้องรักษา ปกครอง” เช่น เขามีหน้าที่ดูแลนักเรียนไทยในต่างประเทศ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) กล่าวว่า การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือ หรือ การดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของการให้ความสนใจ และห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

ในทางวิชาการได้มีผู้ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญไว้ 2 แนวคิด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548) ดังนี้

(1) แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ประกอบด้วย 2 แนวคิด (Schulz R., Bagel D., Moryez, E., & Visintiner, P., 1989, อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2548, น. 6-7) ดังนี้

(1.1) แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการทำนั้นๆ

(1.2) แรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ ความสงสาร ที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง

(2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคม สามารถแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ 5 ลักษณะ ได้แก่

(2.1) ดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์ การได้รับการดูแล ลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล และขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

(2.2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม

(2.3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอใจเข้ามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้อง และอุทิศให้

(2.4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด

(2.5) การดูแลเป็นการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล ต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์ และศาสตร์อื่นๆ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี หรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคล สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

จากนิยามดังกล่าวข้างต้นทำให้พบว่า คำว่า “ดูแล” นั้นเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย ครอบคลุมไปจนถึงการดูแลทางด้านจิตใจ และสังคมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้นการดูแลไม่ได้ครอบคลุมเพียงแค่ผู้ถูกดูแลได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานเท่านั้น หากยังครอบคลุมไปถึงความรับผิดชอบ ศีลธรรม จริยธรรม และความห่วงใย ความเอาใจใส่ ที่มีให้แก่กันผ่านการดูแลทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2.3.2 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล มาจากคำภาษาอังกฤษที่พบ คือ Carer หรือ Caregiver ซึ่งมักเรียกในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกใน ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน มากกว่ากลุ่มที่เป็นวิชาชีพ ความหมายของผู้ดูแลมีหลากหลาย ผู้ดูแลมีหลายประเภทแต่ละกลุ่มมีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ทำให้การบริการการให้ความช่วยเหลือแตกต่างกัน

ผู้ดูแล (Carer) คือ ผู้ที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนบ้าน ที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร ที่คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบ

สรุปได้ว่าผู้ดูแลมีความสำคัญต่อผู้ป่วย หรือผู้ต้องการได้รับการดูแลเป็นอย่างมาก ด้วยบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องสละเวลาและทรัพยากรของตนเอง เช่น แรงกาย จิตใจ รวมไปถึงการดำเนินชีวิตของตนเองที่จะต้องผูกโยงตนเองเข้ากับการดูแลเป็นหลัก ดังเช่น ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวบางรายจะต้องออกจากงาน ละทิ้งความฝันของตนเอง การไม่ได้พบปะสังคมที่ตนเองเคยอยู่ เพื่อมาทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยผู้ดูแลทั้งที่เป็นแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการล้วนมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ได้รับการดูแลสามารถอยู่ในกระบวนการของการรักษาได้ จนเสร็จสิ้นกระบวนการ รวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการตอบสนองตามความต้องการขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับ รวมไปถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตวิญญาณ

งานศึกษาที่มีความน่าสนใจในการศึกษาประเด็นเรื่องการดูแล คือ งานศึกษาของวรรณลักษณ์ เมียนเกิด (2557) ได้ศึกษาเรื่อง “การปฏิบัติการดูแล และคุณค่าทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี” งานศึกษาพบว่าการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลจะพบประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงจริยธรรม เช่น เช่น ความรัก ความห่วงใย ความโกรธ หรือความกังวล ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความกังวล หรืออารมณ์ที่ส่งผลต่อการดูแลในด้านที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลจะต้องจัดการกับภาวะอารมณ์ดังกล่าว เนื่องจากอารมณ์ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล รวมไปถึงสัมพันธภาพในการดูแลยังสะท้อนมิติในเรื่องของความยุติธรรม กล่าวคือ การที่สมาชิกในครอบครัวร่วมมือเกื้อกูลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยการจัดการที่จำเป็นที่ผู้สูงอายุควรได้รับ โดยมีบรรทัดฐานในการดูแล คือ ผู้ดูแลจะดูแลผู้สูงอายุอย่างใส่ใจ รับรู้ความชื่นชอบของผู้สูงอายุ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเท่าที่จะทำได้ อีกทั้งในเรื่องของบรรทัดฐานความสัมพันธ์ในการดูแล พบว่าผู้สูงอายุมักเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจในทุกเรื่อง สมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพและให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ อีกทั้งยังพบในเรื่องของคุณค่าทางจริยธรรมในการดูแล ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับคุณค่าภายในของตัวเอง ได้แก่ ความรัก ความดี ความสุข และยึดถือคุณค่าเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วย ความกตัญญู การเชื่อเรื่องบาป บุญ รวมทั้งคุณค่าเชิงคุณธรรม ในการเสียสละตนเอง ความเมตตากรุณา จิตใจที่อยากให้ผู้สูงอายุมีความสุข ซึ่งคุณค่าเหล่านี้ดำรงอยู่ด้วยการผ่านประสบการณ์ในการดูแลเป็นคุณค่าเชิงจริยธรรมหรือจริยศาสตร์ในการดูแล

ดังนั้นแล้ว ผู้ดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักที่เจ็บป่วยในงานศึกษาครั้งนี้ ทั้งดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากที่จะต้องทำความเข้าใจในภาวะการดำเนินของโรคเพื่อที่จะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งผู้ดูแลยังต้อง

เข้าใจถึงภาวะอารมณ์ ความชื่นชอบ และความต้องการของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวอย่างยุติธรรม

2.3.3 การแบ่งประเภทผู้ดูแล

การแบ่งประเภทของผู้ดูแล สามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) และผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Caregiver) (กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ และ นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแล และผู้ที่ได้รับการดูแลไม่ได้ค่าตอบแทน ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ

2. ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ โดยได้รับค่าตอบแทนในการประกอบอาชีพจากการให้บริการ (Professional Services) ด้วยการจ้างงาน ดำเนินการทั้งในภาคเอกชน และภาครัฐบาล ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่เป็นทางการจะเป็นทางเลือกของครอบครัวที่ไม่สามารถให้การดูแลบุคคลที่ตนรักได้ โดยผู้ดูแลแบบเป็นทางการ คือ ผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพด้านสุขภาพ (Healthcare Professional) และบางประเทศรวมผู้ปฏิบัติ งานด้านสังคม (Social Professional) ซึ่งในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีการจัดบริการระยะยาวให้กับผู้สูงอายุ ด้วย การสร้างเครือข่ายการดูแล 3 ภาคส่วน (Care Triads) ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ดูแลภาคสุขภาพหรือภาคสังคม

การแบ่งประเภทผู้ดูแลแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ พิจารณาจากค่าตอบแทน และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย อย่างไรก็ตามมีความพยายามในการพัฒนาผู้ดูแลด้วยการจัดอบรม เพื่อสร้างรายได้จากการให้การดูแล เช่น การจัดอบรมหลักสูตรของกรมอนามัย โดยกระทรวงศึกษาธิการ มุ่งสร้างอาชีพให้วัยแรงงาน อบรม 420 ชั่วโมง ให้เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ประเภทไม่ใช่วิชาชีพ

จากนิยามของการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ พบว่า มีการแบ่งประเภทของผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลที่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ หากพิจารณาจากการได้รับค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้ได้รับการดูแล และการอบรม ผู้ดูแลในแต่ละประเภทจะมีคุณสมบัติและบทบาทที่แตกต่างกันซึ่งผู้ดูแลแต่ละประเภทจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามความจำเป็นทางร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม อย่างเหมาะสมตามบทบาทของผู้ดูแล โดยสามารถแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ตามตารางที่ 2.2 ดังนี้

ตารางที่ 2.2

การแบ่งประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

หลักการ	ผู้ดูแลที่เป็นทางการ	ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ
ค่าตอบแทน	- ได้รับค่าตอบแทน - สามารถประกอบเป็นอาชีพ	- ไม่ได้รับ/ได้รับแต่น้อย - ไม่ใช่รายได้หลัก
ความสัมพันธ์กับ ผู้ได้รับการดูแล	- มีความสัมพันธ์แต่ไม่ใกล้ชิด/ ไม่มี	- มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ได้รับการดูแล
การอบรม	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ให้การดูแล ทุกช่วงชีวิตของประชาชน ตามบทบาทของวิชาชีพ - อบรมหลักสูตรระยะสั้นและ ประกอบอาชีพได้	- อบรมระยะสั้น/ไม่ได้รับการอบรม
ตัวอย่างของผู้ดูแล	- ศึกษาเป็นวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการ สาธารณสุข เป็นต้น - อบรมเพื่อประกอบอาชีพ ได้แก่ ผู้ช่วยการพยาบาล นักบริบาล เป็นต้น	- คู่สมรส บิดามารดา เพื่อน หรือ ญาติ อาสาสมัคร เป็นต้น - อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) - อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) - ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver; CG ภายใต้งบกองทุน LTC) - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.)

หมายเหตุ. จาก ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน, โดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559, อ้างถึงใน กิริติ กิจธีระวุฒินันท์ และ นิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2561, *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 18.

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการตาย

2.4.1 ปรัชญาเกี่ยวกับความตาย

การพูดถึงเรื่องความตาย ในเชิงปรัชญาไม่ได้ถูกพูดถึงมากนัก หากพูดถึงความตายมักจะพูดในหัวข้อสำหรับสนทนาด้านจริยธรรมทางชีวภาพซึ่งมีคำจำกัดความของคำว่า

ความตาย เช่น สมองตาย หรือการพูดถึงความตายในเชิงกฎหมายและจริยธรรม (James Stacey, 2013; Jeff Malpas and Robert C. Solomon, 1998) การเผชิญหน้ากับความตายเป็นประสบการณ์ที่พูดได้น้อยมาก เพราะการจะพูดอย่างไรให้ความตายไม่ใช่เรื่องเปราะบาง หรือสั่นสะเทือนกับชีวิต หรือการมองว่าความตายเป็นเรื่องน่าเบื่อ “ตาย” เป็นเพียงคำสั้นๆ ที่สร้างความรู้สึกมากมายให้แก่นักปรัชญา รวมถึงผู้คนในสังคม การพยายามพูดถึงเรื่องความตายของนักปรัชญาจึงเป็นสิ่งที่ต้องการเอาชนะกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ หรือ การปฏิเสธความตาย รวมถึงการให้คนในสังคมเกิดความตระหนักและเผชิญหน้ากับความตายเมื่อเวลานั้นมาถึง (Malpas and Solomon, 1998; Schumacher, 2011)

โดยการพูดถึงความตายเป็นสิ่งที่นักปรัชญาไม่สามารถหาข้อถกเถียงได้อย่างลงตัว ในช่วงศตวรรษที่ 17 ของโลกตะวันตกมีความเชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้กำหนดอายุขัยของชีวิตทั้งหลาย ในสมัยนั้นแทบทุกคนตายด้วยอุบัติเหตุ หรือโรคติดเชื้อ หลายคนตายก่อนวัยอันควร แต่ไม่มีใครมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าช่วงอายุที่กำหนดไว้เลย อายุขัยและรูปแบบการตายของแต่ละคนถูกกำหนดไว้ด้วยพระหัตถ์ของพระเจ้า (Tisdale, 2018) ซึ่งยุคสมัยดังกล่าวศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้คนเป็นอย่างมาก รวมถึงการมีนักปรัชญาที่คอยตั้งคำถามเกี่ยวกับความตายมาถกเถียง เช่น การให้ความหมายของการตายในมนุษย์ ความรู้เกี่ยวกับการตายและความตายของมนุษย์ และคำถามว่าความตายเป็นสิ่งที่ว่างเปล่า หรือเป็นสิ่งที่ตรงกันข้าม ความตายเป็นแหล่งของการค้นหาความหมาย หรือเป็นสิ่งที่มุ่งทำลายความสัมพันธ์ของมนุษย์ เป็นต้น คำถามเหล่านี้เป็นคำถามประเภทหนึ่งที่มีจุดศูนย์กลางในการร่วมอภิปรายที่ทำให้เกิดการรวบรวมมุมมองทางปรัชญาที่แตกต่างหลากหลายเกี่ยวกับความตาย ซึ่งการถกเถียงปรัชญาว่าด้วยความตายไม่ว่าจะในยุคสมัยอดีต หรือในปัจจุบันย่อมไม่มีที่สิ้นสุดของการถกเถียง เนื่องจากเมื่อบริบทเปลี่ยนแปลงไปจากการตีความ ให้ความหมายเกี่ยวกับความตายจึงเปลี่ยนแปลงไป วิวัฒนาการเกี่ยวกับความตายในอดีตยึดโยงอยู่กับความเป็นธรรมชาติ เทพเจ้า ไสยศาสตร์ จนพัฒนามาเป็นยุคที่วิทยาศาสตร์เข้ามามีบทบาทการตีความหมายเกี่ยวกับความตายเป็นเรื่องของจริยธรรมทางชีวภาพ และเรื่องของกฎหมาย ไม่ใช่เรื่องของความเชื่อทางศาสนา หรือลัทธิจากเบื้องบนอย่างที่เคยคุ้นเคยมาก่อน หากในยุคปัจจุบันการตีความหมายเกี่ยวกับความตายได้นำมิติของสังคมเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นความตายจึงเป็นปรัชญาที่ถกเถียงและตีความแตกต่างกันไปตามยุคสมัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การเข้าใจเรื่องความตายในสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น Roger Ames (1998 as cited in Malpas & Solomon, 1998) จึงได้นำเสนอการอภิปรายเกี่ยวกับมุมมองของลัทธิเต๋าเกี่ยวกับความตาย โดยลัทธิเต๋านำเสนอเรื่องการดำเนินชีวิตสอดคล้องกับธรรมชาติ โดยการให้มนุษย์สามารถอยู่ร่วมกับธรรมชาติ ปล่อยให้ทุกสิ่งเป็นไปตามวัฏจักรธรรมชาติ ดังเช่นความตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ โดยลัทธิเต๋ามีแนวคิดที่ว่า ชีวิตของคนเรามีการเกิดก็ต้องมีการกลับคืน

สู่ธรรมชาติ เปรียบการเกิดเป็นทางเข้า และการตายเป็นทางออก ในขณะที่ Bob Wicks (1998 as cited in Malpas & Solomon, 1998) ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเข้าใจความตายในมุมมองของศาสนาที่เบต ที่มีมุมมองความตายใกล้เคียงกับลัทธิเต๋า คือ การมองว่าความตายเป็นประตูสู่สถานะใหม่ การมองว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อถึงเวลาที่จะมาถึงไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาสามัญ ความตายไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว หากเป็นการให้เราตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิต ซึ่งมุมมองความตายดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประเพณี ความเชื่อแบบปรัชญาตะวันออก

การนำเสนอรูปแบบของความตายในเชิงปรัชญา ยังแสดงให้เห็นถึงการนำความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์เข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจความหมายต่อชีวิต การนำความเชื่อในเรื่องของไสยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้องไม่ใช่เรื่องง่ายแต่อย่างใด หากคือคุณค่าภายในของปรากฏการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมนั้นในการมีความเชื่อดังกล่าวเป็นที่พึงทางจิตใจ เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่สร้างความวิตกกังวล ความหวาดระแวงในการดำเนินชีวิต บุคคลจึงหันมาใช้ไสยศาสตร์เป็นที่ยึดเหนี่ยว หากอธิบายในเชิงจิตวิทยาการใช้วิธีทางไสยศาสตร์เป็นเสมือนการปลดปล่อยความวิตกกังวลของบุคคล และครอบครั้ว การแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ถึงอำนาจและคุณค่าภายใน (Malpas & Solomon, 1998; Schumacher, 2011)

ในขณะที่ปรัชญาตะวันตก มีนักคิดที่สำคัญ ในการพูดเรื่องความตาย คือ โซคราติส (Socrates) อริสโตเติล (Aristotle) นักปรัชญาในยุคกรีกโบราณ และนักปรัชญาในยุคหลังสมัยใหม่ มาร์ทีน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) เป็นนักปรัชญาชาวเยอรมันคนสำคัญจากศตวรรษที่ 20 เขาเป็นนักปรัชญาสายปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่ตั้งคำถามถึงการดำรงอยู่ (Being) ของชีวิตมนุษย์ ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ของมนุษย์และบริบทของบุคคลนั้น ไฮเดกเกอร์ สะท้อนความตายในปรัชญาตะวันตกร่วมสมัย เขาพูดถึงความสัมพันธ์ระหว่างความตาย ความว่างเปล่า และความเป็นอยู่ ไฮเดกเกอร์คิดว่า มนุษย์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเห็นความจริงที่ว่า ความตายไม่ได้มาถึงตัวมนุษย์ในความหมายธรรมดาๆ อย่างที่ชอบกล่าวกันลอยๆ ว่ามนุษย์ทุกคนต้องตาย โดยที่ผู้กล่าวไม่ได้มีความคิดอย่างจริงจังที่จะรวมตัวเองเข้าไปในความหมายนั้นเช่นกัน ดังนั้น มนุษย์แต่ละคนจะต้องสำนึกและยอมรับความจริงที่ว่า ความตายนั้นจะต้องถึงตัวมนุษย์ทุกคนไม่เร็วก็ช้าอย่างแน่นอน เพราะความตายเท่านั้นเป็นตัวเชื่อมต่อเหตุการณ์ของชีวิตที่กระจัดกระจายขนาดต่างๆ ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ให้กลับเข้ามารวมกันเป็นหน่วยเดียวกันอย่างเสร็จสิ้นสมบูรณ์เต็มรูปแบบของชีวิตที่แท้จริง ดังนั้น ความตายในความคิดของไฮเดกเกอร์คือ การที่มนุษย์สามารถเผชิญกับความตายของตนเองในฐานะที่เป็นไปได้อย่างแท้จริง การปลดปล่อยตนเองออกจากพันธนาการของการยึดติในวิถีชีวิต และค่านิยมต่างๆ ของสังคม (นิพาดา เทวกุล, 2548) เมื่อเราพิจารณาถึงปรัชญาการตายของไฮเดกเกอร์ จะมีลักษณะคล้ายกับปรัชญาทางตะวันออก อย่างศาสนาที่เบต ซึ่งพูดถึง

การเจริญมรดสติ หากไฮเดกเกอร์ ปฏิเสธว่าความคิดของเขาไม่ใช่เรื่องของจริยธรรม หากเป็นเรื่องของการค้นหาความหมายที่แท้จริงของภาวะจริงสูงสุด (Being) ที่เป็นพื้นฐานของการมีอยู่ของสรรพสิ่ง

ในขณะที่บาร์ค โบรมี (Baruch Brody) นักชีวจริยธรรม (Bioethicist) ได้เสนอแนะเกี่ยวกับความตายไว้ว่า คนเราสามารถแบ่งออกเป็นคนที่ยังมีชีวิตอยู่ คนตาย หรือคนที่อยู่ในสถานะที่ไม่อาจจัดอยู่ในกลุ่มใดเลย โดยโบรมีมีแนวคิดต่อความตายว่า “ความตายเป็นสิ่งที่คลุมเครือมากเสียจนไม่สามารถกำหนดได้” ในส่วนนักปรัชญานามว่า เดวิด เดอกราเซีย (David DeGrazia) เขียนสรุปนัยกว้างๆ ของโลกที่ไม่มีนิยามอันแน่ชัดของความตายว่า “สังคมจึงอาจเลือกมาตรฐานใดก็ตามที่เข้าตาที่สุดในเชิงปฏิบัติจากมาตรฐานทั้งหมดที่ยอมรับได้” ซึ่งก็คือนิยามของคำว่า ทรรกะวิบัติแบบทางลาดชันสู่หุบเขาหายนะ (Slippery slope) นั่นเอง (Sallie Tisdale, 2018/2562) คำกล่าวของเดอกราเซีย อาจตีความว่า การมองเรื่องของความตายขึ้นอยู่กับสังคมในการตีความโดยเป็นการให้ความหมายการตายที่คนในสังคมส่วนใหญ่ยอมรับ โดยการยอมรับในสังคมหนึ่งไม่ได้หมายความว่าอีกสังคมหนึ่งจะยอมรับ

กล่าวโดยสรุป ความตายเป็นสิ่งที่นักปรัชญาตั้งแต่สมัยกรีกกล่าวถึง จนกระทั่งยุคสมัยปัจจุบัน ความตายคือสิ่งที่เชื่อมโยงธรรมชาติและชีวิตของมนุษย์เข้าไว้ด้วยกัน ความตายคือความว่างเปล่า ความตายไม่ได้เป็นเรื่องของบุคคลเท่านั้น หากความตายถูกเชื่อมโยงเข้ากับสังคม เพราะความตายของบุคคลหนึ่งย่อมส่งผลถึงบุคคลอื่น ดังเช่น อริสโตเติลได้กล่าวถึงคำพูดของโซลอนขุนนางในยุคกรีกโบราณที่พูดถึงความตายว่าเป็นโศกนาฏกรรม โดยโซลอนกล่าวว่า “ไม่มีใครควรถูกบอกว่ามีสุขจนกระทั่งเขาได้ตายไปแล้ว (no man should be called happy until after his death)” (1976 as cited in Malpas & Solomon, 1998) ซึ่งเมื่อพิจารณาคำกล่าวอาจจะดูเป็นเรื่องไร้สาระสำหรับยุคสมัยปัจจุบัน หากพิจารณาให้ถี่ถ้วนจะพบว่า ข้อความดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง “การมีชีวิต และการมีชีวิตที่ดี” ซึ่งทำให้เราตระหนักว่า โศกนาฏกรรมไม่ได้จำกัดอยู่แค่การมีชีวิตเท่านั้น หากเมื่อเราเสียชีวิตไปแล้ว ชื่อของเราจะแสดงให้เห็นบนป้ายหลุมศพ คนจะพูดถึงสิ่งเราเคยทำดีหรือไม่ดีไว้ ซึ่งสิ่งที่เขาเคยกระทำไว้จะสะท้อนกลับไปในขณะที่บุคคลมีชีวิต ถึงวิธีการใช้ชีวิตของบุคคลดังกล่าว (Jeff Malpas & Robert C. Solomon, 1998)

จะเห็นได้ว่า ความหลากหลายของวิธีการที่เข้าใจความตายและความหลากหลายของรูปแบบความตายอาจเกิดขึ้นในบริบททางวัฒนธรรม หรือสังคมที่แตกต่างกัน รวมถึงการให้ความหมายของการตายไม่หยุดนิ่งตายตัว เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของสังคม ซึ่งการให้ความหมายการตายเชิงปรัชญาแบบใดแบบหนึ่งไม่ใช่เรื่องผิด หรือถูก เนื่องด้วยกระบวนการทัศนในการตีความของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป เนื่องจากการมีวิถีคิด วิถีปฏิบัติ วิธีให้คุณค่าซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของการมองโลกด้วยความเป็นจริงไม่เหมือนกัน อันเนื่องมาจากทัศนระากฐานที่เป็นตัวกำหนด วิถีปฏิบัติ วิธีให้คุณค่าและวิถีชีวิตของผู้คนทั้งหมดแตกต่างกันนั่นเอง (วรรณลักษณ์ เมียนเกิด, 2560, น. 3)

2.4.2 นิยามและความหมายเกี่ยวกับการตาย

การตายและความตายของคนเรานั้นเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นการตายโดยธรรมชาติ โดยความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้หมดอายุขัย บางคนต้องทุกข์ทรมานและเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ความตายเป็นเรื่องที่ดูเหมือนจะอยู่เหนือการควบคุมของเรา เราไม่อาจทราบได้ว่าความตายจะเกิดขึ้นรูปแบบใด และในเชิงเวลานั้นความตายของบางคนเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยไม่คาดคิด แต่สำหรับบางคนความตาย เป็นเรื่องที่รับรู้ได้ที่กำลังเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ไม่ว่าจะด้วยวัย หรือการเจ็บป่วย แต่จะอย่างไรก็ตาม เมื่อพูดถึงความตาย คนทั่วไปมักนึกถึงสภาวะที่ร่างกายไร้ซึ่งลมหายใจ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วความหมายและนิยามของความตายนั้ถูกกำหนดขึ้นในอีกหลายมิติที่อาจแตกต่างออกไปจากการรับรู้หรือความเข้าใจทั่วไป (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของการตายไว้ว่า หมายถึง การสิ้นใจ สิ้นชีวิต ไม่เป็นอยู่ต่อไป สิ้นสภาพของการมีชีวิต สภาวะของสมองตาย เคลื่อนไหวไม่ได้

ความตาย หรือ death ที่มาจากคำกริยาในภาษาเยอรมัน มีรากศัพท์จากอินโด-ยูโรเปียนว่า dheu ซึ่งเหมือนกับคำว่า die ในภาษาอังกฤษ แปลตามตัวว่า “act or process of drying” ในพจนานุกรมอเมริกัน (American Heritage Dictionary) ให้ความหมายคำว่า death ว่าเป็น ภาวะการสิ้นสุดของชีวิต (ณัฐริรา กองฉลาด, 2551)

พุทธทาสภิกขุ (พระชาย อภินนโท, 2561) กล่าวว่า การตายเป็นหน้าที่ของสังขารสังขารคือ สิ่งปรุงแต่งจากเหตุ จากปัจจัยเมื่อเหตุปัจจัยบางส่วนหยุดปรุงแต่งมันมีการตายบางส่วนปรากฏออกมาสำหรับสังขารส่วนนั้น ถือว่าการตายเป็นหน้าที่ของสังขารหรือสังขารมีหน้าที่ที่จะต้องตายหรือการตาย คือ หมดดี หมด สงบสุข หมดความประเสริฐ หมดอะไร ตายในภาษาธรรมซึ่งเราตายติดกันทุกๆ วัน ทุกๆ คีณ คือ การตายตามภาษาธรรม

ความหมายของการตายทางด้านกฎหมาย หมายถึง ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 วรรค 1 ได้วางหลักไว้ว่า สภาพบุคคลนั้นเริ่มต้นขึ้นเมื่อคลอดออกมาแล้วอยู่รอดเป็นทารกได้ และจะสิ้นสุดลงเมื่อบุคคลนั้นตาย อย่างไรก็ตาม ความตายในทางกฎหมายยังหมายรวมถึง บุคคลหายสาบสูญเป็นเวลา 5 ปี และการตายโดยโทษประหาร

การให้ความหมายในเรื่องการตายมีทั้งเหมือนและแตกต่างกันออกไป ตามบริบทของแต่ละบุคคล และสังคม ซึ่งการให้ความหมายที่แตกต่างกันเนื่องจาก การตีความของบุคคลผ่านประสบการณ์ การรับรู้ของตนที่ถูกหล่อหลอมจากความคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรม ศาสนา และสังคม ดังนั้นการตีความหมายของคำว่าความตาย จึงมีความแตกต่างกันออกไปตามกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ หากการตีความแบบใดก็ตาม มีสิ่งที่เหมือนกันก็คือ การตายคือสิ่งที่ไม่มีบุคคลใด

สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นการตายจึงเป็นเรื่องที่มากกว่าการให้คำนิยามในความหมายใด ความหมายหนึ่ง หากการตายคือสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อเรา ถึงการเปิดพื้นที่ในการพูดคุยเรื่องของความตายว่าเป็นเรื่องของทุกคน หาใช้เรื่องของระดับของสถาบัน เช่น โรงพยาบาล ในการจัดการดูแล

2.4.2.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับการตายดี (Good Death)

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต) ให้ความหมายของการตายดี หมายถึง มีสติ ไม่หลงตาย และที่ว่า ตายดีนั้น ไม่ใช่เฉพาะตายแล้ว ไปสู่สุคติเท่านั้น แต่ขณะที่ตายก็เป็นจุดสำคัญที่ต้องมีจิตใจที่ดี คือ “มีสติไม่หลงตาย” ไม่หลงตาย คือ มีจิตใจไม่พัวพันเพื่อนไม่เศร้าหมองไม่ขุ่นมัว จิตใจดีงาม ผ่องใส เบิกบาน จิตใจนึกถึงหรือเกาะเกี่ยวอยู่กับสิ่งที่ดี (สุมาลี นิมนานนิตย, 2552, อ้างถึงใน สารภี รัชชโกศัย, 2556)

Humphrey (1991, อ้างถึงใน ธนวรรณ สินประเสริฐ, 2556) กล่าวว่า การตายอย่างมีศักดิ์ศรี หรือ การตายดี เป็นการที่บุคคลกำหนด หรือ ควบคุมการตายของตนให้เป็นไปตามที่ตนหรือสมาชิกในครอบครัว ประารถนา เพื่อหลีกเลี่ยงกระบวนการของภาวะใกล้ตายที่ยาวนานด้วยเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งปัจจุบันได้มีกฎหมายที่อนุญาตให้ผู้ป่วยเลือกตายที่ปรารถนา

พระไพศาล วิสาโล (2552, อ้างถึงใน อุดมวรรณ วันศรี และ เยาวเรศ ประภาชนนท์, 2557) ได้ให้ความหมาย การตายดี หมายถึง การตายด้วยจิตใจที่ยอมรับและรับรู้ ความตายด้วยสติสัมปชัญญะและปัญญา ตายด้วยจิตใจที่อยู่เหนือความตาย คือ ไม่กลัว ไม่หวงกังวล ไม่กระวนกระวาย ปล่อยวางทุกสิ่ง

โดยสรุป การตายดี คือ สิ่งที่บุคคลสามารถกำหนด หรือ ควบคุมการตายของตนเองได้ ดังเช่น การแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษร หากกรณีของตนเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต ไม่ประสงค์ที่จะรับบริการทางการแพทย์ หรือ การรักษาที่จะยืดชีวิตของตนเองให้ทรมาณจากการรักษา การตายดีในที่นี้ ยังหมายถึง การที่บุคคลสามารถกระทำการตามความต้องการสุดท้ายของตนเองได้สำเร็จ ที่จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและจากไปอย่างมีความสุข โดยไม่ทำให้ครอบครัว หรือ บุคคลที่รักเป็นภาระ หรือ เดือดร้อน

2.4.2.2 ความหมายของการตายทางการแพทย์

ความตายในทางการแพทย์ถูกให้ ความหมายไว้ว่าเป็นการสิ้นสุดของชีวิต ซึ่งเกิดขึ้น ณ เวลาที่อวัยวะสำคัญในร่างกาย ทั้งหมดหยุดทำงานลง ทำให้ประจักษ์ชัดว่าร่างกายหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

การให้ความหมายของความตายซึ่งกำหนดโดยแพทยสภาเมื่อ 31 มีนาคม 2539 ว่า ความตาย หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมองหรือแกนสมอง (Brainstem)

โดยสิ้นเชิง ตลอดไป หรือบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตาย ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย และมีผลทาง กฎหมาย และได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยสมองตาย (รึนเริง สีสานุกรม, 2549, อ้างถึงใน สารกึ รังษิโกศัย, 2556) มีดังนี้

(1) ผู้ป่วยต้องไม่รู้สึกรู้ตัว (Deeply comatose) โดยจะต้องแน่ใจว่าเหตุของการไม่รู้สึกรู้ตัวนี้ไม่ได้เกิดจากพิษยา สภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำ สภาวะผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิก สภาวะตกใจ

(2) ผู้ป่วยที่มึรึสึกรู้ตัวนั้นอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ (Comatose patient on ventilator) เนื่องจากไม่หายใจ โดยจะต้องแน่ใจว่าเหตุของการไม่หายใจไม่ได้เกิดจากยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant)

(3) จะต้องมึข้อวินิจฉัยถึงสาเหตุของการไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่หายใจในผู้ป่วยนั้น โดยที่ให้รู้ชัดโดยปราศจากข้อสงสัยเลยว่า สภาวะของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากกการที่สมองเสียหายโดยไม่มีหนทางเยียวยาได้อีกแล้ว (Irremediable and irreversible structural brain damage)

(4) ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะครบตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้วจะต้องทำการตรวจสอบเพื่อยืนยันสมองตาย คือ ต้องไม่มีการเคลื่อนไหวใดๆ ได้เอง (No spontaneous movement) ไม่มีอาการชัก (No epileptic jerking) ไม่มี Decorticate หรือ Decerebrate rigidity

(5) ต้องไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (No reflexes) ของแกนสมองทั้ง 6 ประการ คือ รูม่านตาขยายคงที่ (Dilated and fixed pupils) ไม่มีคอร์นรีลรีเฟลกซ์ (Absence of corneal reflexes) ไม่มีการตอบสนองของประสาทส่วนกลาง (No motor response within the cranial nerve distribution) ไม่มีออกคลูโลเซฟฟาสิกรีเฟลกซ์ (Absence of oculocephalic reflex or Doll Head Phenomenal) ไม่มีแก็ก และคอฟรีเฟลกซ์ (Absence of gag and cough reflex)

(6) ไม่สามารถหายใจได้เอง (No spontaneous respiration) ซึ่งทดสอบได้ด้วยการหยุดเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาทีและคอยดูว่ามีกรหายใจหรือไม่ ขณะที่ทดสอบควรมึค่าความดันของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (PaO) ไม่ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท (ถ้าสามารถวัดได้)

(7) สภาวะการตรวจพบในข้อ 1, 2 หรือ 3 นี้ จะต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง จึงจะถือได้ว่าสมองตาย

โดยสรุป ความหมายของความตายทางการแพทย์ หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของอวัยวะที่สำคัญในร่างกายอย่างสิ้นเชิง ได้แก่ สมอง ระบบหายใจ และระบบหมุนเวียนโลหิตซึ่งได้ รับการวินิจฉัยจากแพทย์ (ณัฐริรา กองฉลาด, 2551) ดังนั้น การให้ความหมายการตาย

ทางการแพทย์จึงถือว่าการตายที่สามารถวัดผลออกมาได้เป็นรูปธรรม มีความน่าเชื่อถือและมีผลสอดคล้องกับหลักของกฎหมายในการสืบสภาพบุคคล

2.4.2.3 ความหมายของการตายทางพุทธศาสนา

ในหลักของพระพุทธศาสนา ความเป็นชีวิตของมนุษย์อยู่ที่ย่อยส่วนประกอบต่างๆ คือ ชันธ 5 หรือ กายกับจิตประชุมเข้าด้วยกัน ทำงานประสานสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเมื่อใดที่ชันธ 5 หรือกายกับจิตดับลง คือไม่สามารถดำรงสภาพดังกล่าว จิตนั้นเรียกว่า ความตาย ดังปรากฏคำอธิบายในพระไตรปิฎกว่า (ญญา วาสิน, 2541, อ้างถึงใน จินตจุฑา รอดพาล, 2549)

“ผู้ตายไม่ว่าเป็นมนุษย์ หรือสัตว์ ทั้งกายและสังขาร คือลมหายใจเข้าออกก็ดับไป วิสสังขาร ได้แก่ วิตก วิจาร คือความตรึกตรองก็ดับไป และจิตสังขาร คือสัญญาและเวทนา คือ ความกำหนดได้หมายรู้ก็ดับไป อายุก็สิ้นไป ไอรุ่นคือไปที่เกิดแก่กรรมก็สงบ อินทรีย์ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ก็แตกทำลายไป” หรือ

“ความตาย คือ การที่ชันธ 5 (รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ) แตกสลาย การทอดทิ้งร่างกาย หรือการที่ชีวิตสูญสิ้น”

ในทัศนะของพุทธศาสนาสามารถพิจารณาได้หลายระดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความตายพุทธศาสนามีหลักธรรมที่อธิบายว่าเหตุใดมนุษย์ต้องมีสภาพเป็นสิ่งที่ต้องตายอยู่ 2 หมวด คือ หลักธรรมที่เรียกว่าไตรลักษณ์ และหลักธรรมที่ปรากฏอยู่ในเรื่องสังสารวัฏ โดยพิจารณาตามลำดับ (จินตจุฑา รอดพาล, 2549) ดังนี้

(1) ไตรลักษณ์ พุทธศาสนาจำแนกธรรม หรือ สิ่งทั้งหลายทั้งปวงที่ทรงตัวอยู่ออกเป็น 2 อย่าง คือ

(1.1) สังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่มีปัจจัยสภาวะที่เกิดจากปัจจัยปรุงแต่งขึ้น สภาวะที่ปัจจัยทั้งหลายมารวมกันแต่งสรรค์ขึ้น สิ่งที่มีปัจจัยประกอบเข้า หรือ สิ่งที่มีปัจจัยและเป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สังขาร หมายถึง สภาวะทุกอย่างทั้งทางวัตถุและจิตใจ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม ทั้งที่เป็นโลกียะและโลกุตระ ทั้งที่ดีชั่ว และที่เป็นกลางๆ ทั้งหมดเว้นแต่นิพพาน

(1.2) อสังขตธรรม หมายถึง ธรรมที่ไม่ถูกปรุงแต่ง ได้แก่ ธรรมที่ไม่มีปัจจัย หรือ สภาวะที่ไม่เกิดปัจจัยปรุงแต่ง ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของปัจจัย เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า วิสสังขาร ซึ่งแปลได้ว่า ปลอดสังขาร หรือ สภาวะที่ไม่มีปัจจัยปรุงแต่ง หมายถึง นิพพาน

พุทธศาสนาเห็นว่า ทุกสิ่งที่มีสภาพเป็นสังขตธรรมหรือสังขารธรรมย่อมตกอยู่ภายใต้กฎธรรมชาติที่เรียกว่า ไตรลักษณ์ซึ่งแปลว่าลักษณะ 3 ประการ หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า สามัญญลักษณะ แปลว่า ลักษณะของสิ่งทั้งหลาย 3 ประการ (จินตจุฑา รอดพาล, 2549) คือ

(1) อนิจจตา คือ ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความเปลี่ยนแปลง ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นและเสื่อมและสลายไป

(2) ทุกขตา คือ ความเป็นทุกข์ ความคงทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่อง หรือ ขัดแย้งอยู่ในตัว

(3) อนัตตา คือ ความไม่มีตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริง

(2) สังสารวัฏ พุทธศาสนาชี้ให้เห็น ความจริงว่า แท้จริงแล้วมนุษย์ หรือ ตัวเราเป็นผลของการหมุนเวียน สัตว์ทั้งหลายทุกรูป ทุกนาม ต่างต้องท่องเที่ยว วนเวียน เกิด แก่ เจ็บ ตาย อยู่ในภพภูมิต่างๆ อย่างไม่มีวันสิ้นสุด สภาพเช่นนี้เรียกว่า สังสารวัฏ (จินตจุฑา รอดพาล, 2549)

สังสารวัฏ หมายถึง สภาพเวียนเกิด เวียนตาย อยู่ในโลกหรือวงจร แห่งทุกข์ อีกนัยหนึ่งสังสารวัฏก็คือ วัฏวนหรือภาวะที่ต่อเนื่องกัน เป็นเหตุเป็นปัจจัยของกันและกัน ซึ่งเป็นเหตุให้สัตว์ทั้งหลายต้องท่องเที่ยวหรือเวียนว่ายตายเกิด สังสารวัฏประกอบด้วยองค์ 3 คือ กิเลส กรรม และวิบาก ตามหลักพุทธศาสนาชีวิตไม่สิ้นสุดเมื่อบุคคลตาย เพราะตรากฎแห่งการเกิดใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การตายอีก วนเวียนไปเช่นนี้เรื่อยไปจนกว่าบุคคลจะรู้แจ้งความจริงอยู่เหนือ กฎแห่งกรรมได้ จึงจะหยุดและสิ้นสุดการเกิด แก่ เจ็บ และตาย (จินตจุฑา รอดพาล, 2549)

โดยสรุปแล้ว ความตายในหลักศาสนาพุทธ คือ การที่ชีวิตนั้นสิ้นสุดลง หรือ การที่ขั้น 5 ดับลง หรือกายกับจิตดับลง คือไม่สามารถดำรงสภาพดังกล่าว เรียกว่า “ความตาย” โดยหลักของพุทธศาสนาเรียกความตายในลักษณะนี้ว่า ความขาดแห่งชีวิตอินทรีย์ หรือ การสิ้นชีวิต จากภพชาติ (ณัฐยา วาสิน, 2541, อ้างถึงใน จินตจุฑา รอดพาล, 2549) แต่ความตายใน พระพุทธศาสนาไม่ได้หมายความว่าถึงสิ้นชีวิตในภพชาติหนึ่งๆ เท่านั้น แต่ความตายยังหมายรวมถึง ความดับลงของนามรูป หรือ กายกับจิตในขณะหนึ่งๆ ด้วย เพราะชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วย ขั้น 5 หรือกายกับจิตที่แท้จริงมิได้สิ้นสุดดับลงเพราะเมื่อสิ้นลมหายใจเท่านั้น หากแต่เกิดดับสืบต่อกัน ทุกขณะ

2.4.2.4 ความหมายของการตายทางสังคม

ในหลักของพระพุทธศาสนา ความเป็นชีวิตของมนุษย์อยู่ที่ย่อยส่วนประกอบ ต่าง ๆ คือ ขั้น 5 หรือ กายกับจิตประชุมเข้าด้วยกัน ทำงานประสานสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และเมื่อใด ที่ขั้น 5 หรือกายกับจิตดับลง คือ ไม่สามารถดำรงสภาพดังกล่าว จัดนั้นเรียกว่า ความตาย ดังปรากฏ คำอธิบายในพระไตรปิฎกว่า (ณัฐยา วาสิน, 2541, อ้างถึงใน จินตจุฑา รอดพาล, 2549)

สภาวะการเจ็บป่วยของบุคคล ล้วนส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล หากไม่สามารถปรับตัวได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคล ดังเช่น กระบวนการที่การงาน กระบวนการฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว หากบุคคลเป็นหัวหน้า

ครอบครัว หรือ ผู้มีรายได้หลักเพียงคนเดียว การเจ็บป่วยโดยที่ไม่ได้เตรียมการวางแผนไว้ล่วงหน้าย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว การก่อให้เกิดความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีความเปราะบาง เพราะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหนึ่งคน ส่งผลกระทบทางตรง หรือ ทางอ้อมต่อครอบครัว และบุคคลรอบข้างด้วยเช่นกัน

ในช่วงขณะของการเจ็บป่วย หรือ การเกิดภาวะของการทุพพลภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกของการหมดพลังอำนาจในการต่อรอง การสูญเสียอิสระ การมีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย หรือ ทุพพลภาพไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งที่ลดทอนความเป็นมนุษย์ของคนจำนวนไม่น้อย ชีวิตที่อยู่ต่อไปอาจไร้ความหมาย การไม่มีตัวตน การถูกกีดกันออกจากสังคม

อาจกล่าวได้ว่า การเจ็บป่วย นับว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงถึงแม้ว่ามนุษย์แต่ละคนมีเศรษฐฐานะที่แตกต่างกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพในการตรวจสุขภาพประจำปีก็ตาม หากเมื่อพบเจอกับโรคร้ายไข้เจ็บ ย่อมเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น เมื่อบุคคลเผชิญสภาวะของการเจ็บป่วย ในบางรายอาจจะสามารถทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ หากในบางรายการให้ความหมาย คุณค่าของพวกเขาล่วงหน้านั้นอาจจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย และการตีความคุณค่าของการมีชีวิตอยู่

2.4.3 การแสดงความเศร้าโศกเสียใจหลังจากการสูญเสีย

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ผู้ที่ยังอยู่จะเผชิญกับภาวะของการสูญเสีย มีอาการเศร้าโศก เสียใจ โดยแต่ละบุคคลมีวิธีการเผชิญกับความทุกข์และการจัดการที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้เสียชีวิตและผู้สูญเสีย ลักษณะของการเสียชีวิต และประสบการณ์การสูญเสียและโศกเศร้าที่ผู้สูญเสียเคยเจอ หากผู้สูญเสียสามารถยอมรับกับการจากลาได้ เรียกว่าความเศร้าโศกแบบปกติ หากผู้สูญเสียไม่สามารถยอมรับกับการจากลาได้ มีอาการเศร้าเสียใจมากกว่าปกติ พฤติกรรมแยกตนเองออกจากสังคม น้ำหนักตัวลดลง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เรียกว่าความเศร้าโศกแบบผิดปกติ โดยผู้สูญเสียจะมีลักษณะแสดงอาการความเศร้าโศกแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้สึก ด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม (ศรีนรินทร์ วัฒนธรรณท์, 2560, น. 14-17) โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ด้านความรู้สึก จะเกิดอารมณ์เศร้า เสียใจ ความรู้สึกโกรธ สับสน หรือกล่าวโทษบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หรือบุคคลใกล้ชิด ในบางรายกล่าวโทษตนเอง ไปจนถึงคิดทำร้ายตนเอง ในบางรายรู้สึกปลดปล่อยเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และบางรายรู้สึกโล่งใจเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะจะได้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

(2) ด้านร่างกาย ผู้สูญเสียจะเกิดอาการปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่ทั่วท้อง หัวใจเต้นแรง บางรายมีอาการน้ำหนักตัวลดลง นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ไม่มีสมาธิ บางรายดื่มแอลกอฮอล์ หรือสูบบุหรี่เพื่อช่วยให้ตนเองคลายความทุกข์ใจลง

(3) ด้านความคิด ผู้สูญเสียบางรายปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถยอมรับการสูญเสียได้ ยังรู้สึกว่าผู้เสียชีวิตยังคงอยู่กับตนเอง บางรายจะเก็บของใช้ของผู้เสียชีวิตไว้ ในบางรายที่มีอาการเศร้าโศกเสียใจมากจะเกิดภาพหลอนว่าผู้เสียชีวิตยังอยู่ หรือได้ยินเสียงผู้เสียชีวิต

(4) ด้านพฤติกรรม ผู้สูญเสียบางรายจะอยู่คนเดียวไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นแม้เป็นเรื่องง่ายๆ หรือบางรายมีอาการเหม่อลอย แยกตัวออกจากสังคม ไม่พบปะผู้คน ไม่สามารถไปในสถานที่ที่เคยไปกับผู้เสียชีวิตได้จะเกิดพฤติกรรมร้องไห้ เศร้าโศกเสียใจมากกว่าปกติ

2.4.4 ปฏิกริยาตอบสนองต่อความตาย

แนวความคิดการตอบสนองต่อความตายของ Kubler-Ross (1969, อ้างถึงใน จินต์จุฑา รอดพาล, 2549, น. 29-30) จิตแพทย์ชาวสวิตเซอร์แลนด์ได้ศึกษาพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย เมื่อทราบว่าตนเป็นโรคร้ายหมดหวังที่จะรักษาให้หายได้และต้องตาย บุคคลจะเกิดปฏิกริยาทางจิตใจ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปฏิเสธและแยกตัว (Denial and isolation denial) เมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ร่างกายของตน ผู้ป่วยมักปฏิเสธความจริง ไม่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง ในบางกรณีจะขอให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยใหม่ หรือ ไปตรวจอีกที่หนึ่งเพื่อยืนยันว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วย หรือ ผิดอยู่กับโรค

ระยะที่ 2 โกรธ (Anger) เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้นได้ ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกโกรธต่อโชคชะตาของตนเอง หรือกล่าวโทษผู้อื่น หรือระบายอารมณ์ใส่ผู้ใกล้ชิด หงุดหงิดโดยไม่มีสาเหตุหรือเหตุผล ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกด้านลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่นเป็นอย่างมาก สาเหตุมาจากผู้ป่วยยังคงอยู่ในอารมณ์ของการปฏิเสธ

ระยะที่ 3 ตอรอง (Bargaining) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่พยายามต่อรองกับสิ่งที่ตนเองเชื่อ หรือ เคารพนับถือ เช่น อาจบนบานหรือทำบุญสะเดาะเคราะห์กรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวออกไป หรือ การต่อรองกับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการอยากมีชีวิตที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้น หากตนเองสามารถมีชีวิตที่ยืนยาว หรือ หายจากการเจ็บป่วยจะไม่กลับไปใช้พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือ เมื่อหายเจ็บป่วยจะทำบุญ บริจาคสิ่งของ ทำประโยชน์เพื่อสังคม

ระยะที่ 4 ซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า และแยกตัว การซึมเศร้ามี 2 แบบ คือ แบบมีปฏิกริยาตอบโต้ (Reactive) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยคิดถึงความสูญเสียในอดีต เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า เมื่อนึกถึงการผ่าตัดที่ผ่านมา แบบเตรียมการ (Preparatory) เกิดขึ้นเมื่อ

ผู้ป่วยนึกถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (ขจรศรี แสนปัญญา, 2553) ในบางกรณีเมื่อพบว่าตนเองเผชิญกับการเจ็บป่วย ไม่อยากให้ครอบครัว หรือ บุคคลเป็นที่รักต้องเป็นภาระในการมาดูแล และเรื่องค่าใช้จ่าย บางรายเลือกที่จะจบชีวิตของตนเองลงด้วยการฆ่าตัวตาย หรือ ปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์

ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance) ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น และยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต กล่าวถึงความตายด้วยจิตใจสงบ ผู้ป่วยเริ่มจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่ยังค้างคาอยู่ หรือการทำความเข้าใจความต้องการสุดท้ายของตนเอง เพื่อการจากไปอย่างสงบ เช่น การจัดการเรื่องทรัพย์สิน การได้อยู่กับครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักก่อนเสียชีวิต หรือ จะเป็นการรำลึก กล่าวขอโทษในสิ่งที่ตนเองค้างคาอยู่ในใจ

2.4.5 เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการพูดคุยเรื่องความตายอย่างสงบ

ในงานศึกษานี้เป็นการสนทนาประเด็นเกี่ยวกับการตาย ประสบการณ์การดูแลและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการเตรียมความพร้อมก่อนตายของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน และสร้างความรู้สึกอึดอัดใจให้แก่ผู้ร่วมสนทนาเป็นอย่างมาก ดังนั้นแล้วในการสนทนาประเด็นการตายจึงจำเป็นต้องใช้อย่างระมัดระวังที่ตัวผู้ศึกษาจะต้องศึกษาถึงเทคนิคในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุต่อประเด็นดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้สืบค้นข้อมูลถึงเทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และการพูดคุยเรื่องความตายอย่างสงบ (Gubrium & Sanker, 1994, pp. 123-127) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.4.5.1 เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

1) ทักษะการฟังของผู้สัมภาษณ์ คือ สิ่งสำคัญในการสัมภาษณ์ ต้องไม่มีอคติเชิงลบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การมองว่าผู้สูงอายุคือภาระ รวมถึงการใช้น้ำเสียง ที่ไม่ควรพูดเสียงดังกับผู้สูงอายุ เพราะถือว่าเป็นการใช้อำนาจที่เหนือกว่ากับผู้สูงอายุที่อ่อนแอกว่าตน

หมายเหตุ: ยกเว้นกรณีที่ผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือ การสื่อสาร ผู้สัมภาษณ์อาจจะต้องใช้เสียงที่ดัง

2) ผู้วิจัยควรมีความรู้ในเรื่องของแนวคิดการพัฒนาร่างกายของผู้สูงอายุ การเข้าใจถึงธรรมชาติของความสูงวัย เพื่อให้ผู้ศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการสามารถจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในการเก็บข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

3) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัด ในเรื่องของสภาพร่างกายที่มีความเหนื่อยง่าย ดังนั้น ผู้ศึกษาจะต้องมีสติสัมปชัญญะมากที่สุด รวมถึงการมีกรอบแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ที่กระตุ้นให้เกิดการอภิปรายเชิงประจักษ์ของหัวข้อการวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุตอบคำถามได้อย่างตรงประเด็น และกล่าวถึงประสบการณ์ของตนได้อย่างดี

4) การคำนึงถึงลักษณะทางสังคมวิทยา ลักษณะการทำงานของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เช่น ระดับการศึกษาของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา พื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเป็นอย่างไร มีปัญหาทางด้านสติปัญญา การได้ยิน หรือการมองเห็นหรือไม่ นอกจากนี้ ต้องระมัดระวังเรื่องการใช้ถ้อยคำในการสัมภาษณ์ที่ต้องเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย

2.4.5.2 เทคนิคการพูดเรื่องความตาย

ในการพูดเรื่องความตาย ผู้ศึกษาได้นำเทคนิคของ เอกภพ สิทธิวรรณธนะ ผู้จัดการโครงการความตายพูดได้ เครือข่ายพุทธิกา มาเป็นเทคนิคที่จะใช้ในระหว่างของการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเทคนิคในการพูดเรื่องความตายไว้ 9 ข้อ (เอกภพ สิทธิวรรณธนะ, 2561) โดยรายละเอียด ดังนี้

1) อย่ากลัวที่จะคุยเรื่องความตาย โดยผู้ศึกษาอาจจะเปิดประเด็นคำถามไปว่า “นักวิจัยก็รู้สึกอึดอัดในการถามคำถามเหล่านี้เหมือนกัน” เพราะเป็นการสื่อถึงความจริงใจให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารับทราบ และค่อยๆ เล่าเรื่องราวของตนเอง เพราะการพูดเรื่องความตายผู้สูงอายุอาจจะเกิดอาการหวาดกลัว หรือไม่รู้จักเริ่มต้นบทสนทนาอย่างไร ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจะต้องเปิดเผยถึงความรู้สึกของตนเองให้อีกฝ่ายทราบ ให้เกิดความรู้สึกว่าการพูดเรื่องของความตายถึงแม้จะเป็นเรื่องที่อึดอัด หากเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้เมื่อพบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อที่แตกต่างจากผู้ศึกษา ควรหลีกเลี่ยงในการพูดลบหลู่ ดูแคลน หรือการมองเป็นเรื่องตลกขบขัน

2) พูดคุยในสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การเตรียมสภาพแวดล้อมของการสัมภาษณ์ โดยจะต้องเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศที่ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาผ่อนคลาย พยายามไม่ให้มีอะไรมารบกวนในระหว่างการสัมภาษณ์ อาจจะตั้งกฎในระหว่างการพูดคุย เช่น การปิดเสียงโทรศัพท์มือถือ ปิดเสียงโทรทัศน์

3) ใช้คำถามเปิดประเด็นสนทนา ผู้ศึกษาจะต้องประเมินสภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุในขณะนั้น และชวนพูดคุย เช่น “ที่ผ่านมาท่านเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของบุคคลอันเป็นที่รักไหม” “เขาตายอย่างไร” “รู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อสูญเสีย” “ได้เตรียมใจต่อการสูญเสียในครั้งนั้นหรือไม่” เป็นต้น

4) ฟังอย่างตั้งใจ ผู้ศึกษาจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเล่าเรื่องราวของตนเอง ไม่ด่วนตัดสิน หรือตำหนิตาย และไม่ควรด่วนให้คำแนะนำสั่งสอนผู้ศึกษาอาจใช้เทคนิคของการสรุปความ การตีความในการสอดแทรกได้เพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องราวของผู้สูงอายุ

5) สนทนาอย่างมุ่งหมายทำความเข้าใจ ซึ่งกันและกัน ผู้ศึกษาจะต้องไม่เร่งรีบ หรือด่วนสรุปเรื่องราวของผู้สูงอายุ อาจจะใช้เทคนิคของการเงียบช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้

ผู้สูงอายุทบทวนเรื่องราว อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ศึกษาสามารถสื่อสารทางอารมณ์และความรู้สึกได้ โดยการสัมผัส เช่น การแตะมือ การโอบกอด เพื่อเป็นการให้กำลังใจและแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าจะอยู่เคียงข้าง

6) การนัดหมาย และส่งสัญญาณเตือน ผู้ศึกษาจะทำการนัดหมายวันและเวลาที่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาสะดวก โดยจะบอกถึงวัตถุประสงค์ของการพูดคุย ระยะเวลาสัมภาษณ์โดยประมาณ เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเตรียมความพร้อม

7) ตั้งคำถาม โดยยกสถานการณ์สมมติให้เดาใจ ผู้ศึกษาอาจตั้งประเด็นคำถามว่า “หากสมมติว่าพรุ่งนี้ฉันต้องตาย ท่านคิดว่าฉันมีความต้องการก่อนตายคืออะไร” และ “คิดว่าอยากให้พาไปโรงพยาบาลและให้ช่วยชีวิตหรือไม่” ซึ่งการถามคำถามเหล่านี้ไม่มีผิด หรือถูก เพราะเป็นการบอกให้ทราบถึงการเผชิญภาวะวิกฤติต่างๆ ว่าบุคคลย่อมมีความต้องการแตกต่างกันออกไป

8) เขียน Living Will หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน โดยใช้แบบฟอร์มของโครงการความตาย พุดได้ เครือข่ายพุทธิกา โครงการศึกษาพัฒนาระบบสาธารณสุขในการบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการศึกษาทางระบาดวิทยา และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายคือ “สมุดเบาใจ” หรือ เขียนขึ้นเองตามแนวคำถามก็ได้

9) ใช้เครื่องมืออื่นๆ ในการชวนคุยเรื่องความตาย เช่น การเล่นเกมไพ่ ไซชีวิต ของเครือข่ายพุทธิกา ที่ถูกแปลและดัดแปลงมาจากกลุ่มแอคชั่น มิล (Action Mill) โดยเกมไพ่ ไซชีวิตเป็นเกมส์สนทนาเรื่องชีวิตและความตาย ผ่านการตั้งคำถาม หรือชวนผู้สูงอายุคำนวณเวลาที่ตนเองจะมีชีวิตอยู่และมีเป้าหมายอะไรที่ยังอยากทำอาจให้เขียนลงในสมุดและให้ผู้สูงอายุจัดลำดับเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดที่จะสามารถทำสำเร็จ ชวนผู้สูงอายุเขียนสมุดเบาใจ เพื่อเขียนความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพช่วงสุดท้ายและการตายดี และการใช้สื่อวีดิโอที่มีเนื้อหาเตือนใจเกี่ยวกับชีวิต และความตายมาเป็นตัวช่วยในการพูดคุย

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเตรียมตัวตาย

บุคคลที่อยู่ในวาระสุดท้ายจำเป็นจะต้องรู้ว่า การเสียชีวิตของเขาจะส่งผลกระทบอย่างไรบ้าง ซึ่งการรับรู้ความจริงดังกล่าวเป็นเรื่องเจ็บปวด ความกลัวที่จะเจ็บปวดในการเผชิญความเป็นจริงในธรรมชาติของชีวิต แต่สุดท้ายมันคือความจริงที่เขาไม่สามารถหนีพ้น การเตรียมใจยอมรับและเข้าใจถึงภาวะที่ตนเองกำลังเผชิญ โดยการพิจารณาถึงการเตรียมตัวตายในด้านต่างๆ

จะเป็นเสมือนคู่มือให้กับเราในการเตรียมตัวในด้านต่างๆ ให้พร้อมหรือเหมาะสมกับชีวิตของเรา เพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่ผู้สูงอายุเผชิญกับสภาวะใกล้ตาย จะสูญเสียหน้าที่ในร่างกายของตนเอง เช่น ไม่รู้สึกอยากอาหาร มีอาการอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแล ในบางรายจะเผชิญกับสภาพความรู้สึกทุกข์ทรมานจากสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้ผลกระทบจากการทุกข์ทรมานจากภาวะสุดท้าย ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้สูงอายุและครอบครัว บุคคลใกล้ชิดจำเป็นต้องเข้าใจถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ รวมถึงการทำใจยอมรับที่จะเผชิญกับการสูญเสีย หากผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีการวางแผนถึงรูปแบบ หรือพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตายไว้ตั้งแต่เนิ่นๆ จะช่วยให้มีเวลาในการเตรียมตัวและจัดการกับความต้องการครั้งสุดท้ายของตนเอง และการเดินทางจากโลกนี้ไปอย่างหมดห่วง (พระชาย อภินันโท, 2561, น. 4)

2.5.1 รูปแบบหรือพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตาย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบหรือพฤติกรรม พบว่า งานศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ของผู้สูงอายุ (ดุขฎิ กฤษฎิ, 2551) การเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิต (ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตาย (สารภี รังษิโกศัย, 2556; พระชาย อภินันโท, 2561) พบว่า รูปแบบหรือพฤติกรรมตาย สามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ดังนี้

(1) การเตรียมตัวก่อนตายด้านร่างกาย คือ การที่บุคคลเผชิญกับภาวะของการเจ็บป่วยและสามารถยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองได้ โดยบุคคลมีสิทธิในชีวิตและร่างกายของตนเองตามหลักสิทธิมนุษยชนในการเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจการรักษาต่อหรือปฏิเสธการรักษา โดยบุคคลมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยของตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประกอบการตัดสินใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บุคคลคาดหวังว่าบุคลากรทางการแพทย์จะพูดอาการของตนเองอย่างตรงไปตรงมา ถึงแม้จะเป็นการพูดที่สร้างความอ่อนไหวให้แก่ตนเอง เพราะตนเองอยากรู้ว่าตนเองมีเวลาเหลืออยู่นานเพียงใด และเมื่อบุคคลพิจารณาข้อมูลที่ได้รับเรียบร้อยแล้วบุคคลจะเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง มีการวางแผนเลือกสถานที่ในการรักษาให้กับตนเอง เช่น การรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิต หรือการเลือกกลับมารักษาแบบประคับประคองและเสียชีวิตที่บ้าน รวมถึงการวางแผนให้แก่ตนเองหลังจากเสียชีวิต เช่น การจัดการศพ การจัดการเรื่องทรัพย์สิน การบริจาคอวัยวะ เป็นต้น

(2) การเตรียมตัวก่อนตายด้านจิตใจ บุคคลจะแสดงออกถึงความต้องการครั้งสุดท้าย หรือความปรารถนาของตนเอง โดยการทำให้ตนเองมีความสุข การสร้างความผาสุกให้แก่

จิตใจของตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายให้แก่ตนเองก่อนที่จะเสียชีวิตในสิ่งที่ตนเองไม่เคยทำ เช่น การไปเที่ยวต่างประเทศ การแสดงความรักแก่ลูกหลาน การขอโทษในสิ่งที่ตนเคยล่วงเกินหรือกระทำความผิด หรือการทำงานอาสาสมัคร ทำประโยชน์ให้แก่สังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดว่าในขณะที่ตนเองมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงตนไม่เคยทำ การทำเพื่อผู้อื่นจะเป็นการสร้างคุณค่าให้แก่ตนเองและเกิดประโยชน์ต่อสังคม อีกนัยยะหนึ่งคือการแสดงให้เห็นถึงความเชื่อว่า หากทำความดีจะช่วยให้อาการของตนเองดีขึ้น ซึ่งในส่วนด้านของจิตใจจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ ในการเข้าใจสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รวมถึงสภาวะอารมณ์ และส่งเสริม สนับสนุนให้แก่ผู้ป่วยในการสร้างเป้าหมายให้แก่ตนเอง โดยเป็นเป้าหมายที่สามารถทำสำเร็จ อาจจะเขียนเป็นเป้าหมายในระยะสั้น/เฉพาะหน้า และเป้าหมายในระยะยาว

(3) การเตรียมตัวก่อนตายด้านจิตวิญญาณ การเตรียมตัวในด้านนี้ ในสมัยอดีต บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรมของผู้ป่วยมากนัก เพราะบุคลากรทางการแพทย์จะเน้นในมิติของการรักษาเป็นสำคัญ หากในปัจจุบันมิติด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และสร้างความผาสุกให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่การตายอย่างสงบ การเตรียมตัวด้านจิตวิญญาณ เช่น ผู้ป่วยมีความประสงค์ที่จะฟังพระเทศน์ ในขณะที่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ ดังเช่น นักสังคมสงเคราะห์ในการประสานทรัพยากรและตอบสนองเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หากเจตนารมณ์นั้นไม่ได้สร้างความเดือดร้อนให้แก่บุคคลอื่น หรือในผู้ป่วยบางรายมีความต้องการในเรื่องการขอโทษกรรมและการให้อภัยต่อบุคคลที่เคยขัดแย้งกันในอดีต เป็นต้น

(4) การเตรียมตัวก่อนตายด้านสังคม โดยในมิติของสังคมคือการที่ครอบครัว รวมไปถึงชุมชนเข้ามามีบทบาทในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย การเสริมสร้างสัมพันธ์ภาพของตนเองและครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รักให้มีความแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น การที่บุคคลมีการปรึกษารื้อกับครอบครัวถึงการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของตนในกรณีที่ตนเองมีอาการป่วยหนักหรือใกล้เสียชีวิต โดยการระบุถึงเจตนารมณ์ของตนเองให้แก่ลูกหลาน เช่น ไม่ต้องการให้อยู่ชีวิต หากตนเองจะต้องนอนโดยไม่รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ หรือการให้อยู่ชีวิตเพราะต้องการมีชีวิตอยู่ต่อ โดยลักษณะของการบอกกล่าวนั้นมักจะเป็นในรูปแบบของการบอกปากเปล่าไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ในส่วนการเตรียมความพร้อมของชุมชน ดังเช่น การทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีการพบปะและร่วมทำกิจกรรมภายในชมรมซึ่งบุคคลจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับการยอมรับ การนับถือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันของเพื่อนสมาชิกและอื่นๆ ที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคล

2.5.2 ความต้องการและความคาดหวังที่ต้องการได้รับของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย

การตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยก่อนที่จะเสียชีวิต เช่น บุคคลได้มีเวลาสั่งลาครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รัก ได้จัดการกับภารกิจที่ยังคงค้าง โดยไม่ทิ้งภาระให้แก่ลูกหลานของตน จะเป็นการจากไปที่สร้างบรรยากาศอบอุ่นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (ในกรณีเลือกการรักษาที่โรงพยาบาล) โดย ธนวรรณสินประเสริฐ (2556) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยความต้องการแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

(1) ความต้องการด้านร่างกาย คือการได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการคั่งค้างของเสมหะ การงัดทอนอน การเคลื่อนไหวเพื่อกระตุ้นกล้ามเนื้อ การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ รวมถึงการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

(2) ความต้องการด้านสังคม ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยของตนเอง ความต้องการอิสระในการตัดสินใจทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองถึงแม้จะต้องพึ่งพาผู้อื่น หากบุคคลก็ยังต้องการอำนาจในการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลให้แก่ตนเอง การต้องการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการสนับสนุนส่งเสริมทักษะการเรียนรู้และทักษะในการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความตาย

(3) ความต้องการด้านจิตใจ/วิญญาณ การต้องการค้นหาความหมายของชีวิตและการเจ็บป่วย ว่าอะไรเป็นเป้าหมายของชีวิต เกิดมาทำไม เกิดมาแล้วก็ตาย ตายแล้วไปไหน และใครเป็นจุดหมายสูงสุดในชีวิต การต้องการความรัก ความผูกพันจากครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงความต้องการได้รับการให้อภัยและอโหสิกรรม

กล่าวโดยสรุป จากความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะท้าย พบว่า ความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม ซึ่งความต้องการในด้านต่างๆ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ทุกด้านล้วนสร้างความมั่นคง ความปลอดภัยให้แก่บุคคลในการดำรงชีวิต ซึ่งในความต้องการหรือความคาดหวังในแต่ละด้าน ขึ้นอยู่กับการตีความจากประสบการณ์ของบุคคลว่าจะให้ความสำคัญหรือต้องการด้านใดมากกว่ากัน โดยความต้องการในแต่ละด้านจะต้องได้รับการตอบสนองไม่มากเกินไปขึ้นอยู่กับทรัพยากรทุนทางสังคมที่แต่ละบุคคลมี หากมีน้อยจะเป็นหน้าที่ของสถาบันในการเข้ามาช่วยเหลือจัดการตามหลักสิทธิมนุษยชนที่บุคคลจะต้องได้รับสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่ดี

2.6 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการตาย

“สิทธิ” (Rights) หมายถึง ความชอบธรรมที่บุคคลพึงกระทำได้ กำหนดได้ตามสถานภาพ และใช้ยืนยันกับผู้อื่นเพื่อคุ้มครอง หรือรักษาผลประโยชน์อันเป็นส่วนที่พึงได้ของบุคคลนั้น สิทธิผู้ป่วย จึงหมายถึงความชอบธรรมที่ผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่ไปรับบริการด้านสุขภาพสาขาต่างๆ จะพึงได้รับเพื่อ คุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556, น. 34) อาจกล่าวได้ว่า สิทธิ หมายถึงประโยชน์หรืออำนาจที่รัฐให้การรับรองแก่ บุคคล สำหรับสิทธิในสุขภาพที่มักพบในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หรือกฎหมายอื่นว่า “สิทธิในการ ได้รับบริการสาธารณสุข” จัดว่าเป็น “สิทธิตามรัฐธรรมนูญ” หรือ “สิทธิในทางมหาชน” (Public Rights) ประเภทหนึ่ง (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร์, 2563, น. 20)

กล่าวได้ว่า สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนชาวไทย เป็นสิ่งที่รัฐต้องจัดหา ให้แก่ประชาชนเพราะถือเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และประชาชนมีสิทธิ เสมอภาคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ หากแท้จริงแล้วถึงแม้ประชาชนจะ เข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ หากบริการทางการแพทย์กลับเป็นสิ่งที่สร้างความเหลื่อมล้ำมากยิ่งขึ้น ของคุณภาพการรักษาพยาบาล เพราะจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์ มีไม่เพียงพอให้แก่ประชาชนในส่วนท้องถิ่น หากประชาชนมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำเป็นจะต้อง เดินทางไปรักษายังตัวเมือง ซึ่งในสังคมต่างจังหวัดตัวเมืองแต่ละที่อยู่ห่างไกลกัน ตลอดจน ความเหลื่อมล้ำในเรื่องของการมีส่วนร่วมตัวในการเดินทาง ซึ่งทุกบ้านไม่ได้มีส่วนร่วมตัวทุกบ้าน ดังนั้น ประชาชนบางพื้นที่ก็เลือกที่จะรักษาแบบภูมิปัญญาชาวบ้าน หรือการจมน้ำต่อระบบโครงสร้างที่มี ความเหลื่อมล้ำทางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ตลอดจนการคุ้มครองในเรื่องของการรักษา ในขณะนี้ประเทศไทยครอบคลุมเฉพาะ พลเมืองไทยเท่านั้น หรือผู้มีสัญชาติไทย โดยสิทธิดังกล่าวถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชน ชาวไทย และการถูกรับรองไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ดังนั้น การเข้าถึงบริการทางการแพทย์จึงครอบคลุมเฉพาะพลเมืองไทย หากคนต่างด้าว หรือผู้ที่ไม่ได้ถือ สัญชาติไทยเจ็บป่วย การรักษาจะต้องเป็นในรูปแบบของการชำระเงินเอง หากเศรษฐกิจสถานะ ของบุคคลดังกล่าวดี ก็นับว่าไม่เป็นปัญหา หากไม่ดีก็ไม่มีสิทธิในการรักษา เว้นแต่จะเป็นการรักษา ด้านมนุษยธรรม หากการรักษาด้านมนุษยธรรมก็มีด้านลบในเรื่องของงบประมาณที่เสียไป เพราะ คนต่างด้าวเหล่านี้อาจไม่ได้เสียภาษีให้แก่ประเทศ แต่ถ้าพิจารณาโดยหลักมนุษยธรรมก็ถือว่าเป็น การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

2.6.1 สิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิต

สิทธิในการรักษา วาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการรับรองโดยแพทยสมาคมโลก (The world Medical Association) และได้รับการยอมรับจากหลายประเทศว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (Rights to Self-determination) ในการปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยืดวาระสุดท้ายของตนเองออกไป ซึ่งสอดคล้องกับจริยธรรมทางการแพทย์ ขณะนี้กฎหมายหลายประเทศให้การรับรองเรื่องนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย เดนมาร์ก สิงคโปร์ เป็นต้น การแสดงออกซึ่งสิทธิการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต (living will) โดยการทำเป็นหนังสือแสดงเจตนา (Advance directive) และปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยที่ปรากฏในหนังสือดังกล่าวถือเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง และเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่นานาอารยประเทศให้การยอมรับ ในขณะเดียวกันก็เป็นการเคารพต่อสิทธิในชีวิตร่างกายซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของ “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563, น. 127)

กล่าวได้ว่า การตัดสินใจเลือกการตายของบุคคลนับว่าเป็นการเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดังเช่น ประจักษ์ว่าด้วยความตายได้มีการพูดถึงการเลือกการตายของมนุษย์ในช่วงแรกการตายของมนุษย์เป็นเรื่องของการลิขิตของพระเจ้า จนพัฒนามาสู่ความเชื่อทางวิทยาศาสตร์โดยนำเรื่องชีววิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้มนุษย์สามารถที่จะยืดเวลาการตายของตนเองออกไปได้ มนุษย์สามารถหาคำตอบให้กับอาการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าการกล่าวอ้างเรื่องของเทพเจ้า หรือสิ่งที่เป็นนามธรรม ดังนั้นในทางปรัชญาร่วมสมัยจึงมองว่าความตายที่บุคคลเป็นคนตัดสินใจด้วยตนเอง สอดคล้องกับเรื่องของสิทธิมนุษยชน และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในชีวิตและร่างกายของตนเอง

2.6.2 พินัยกรรมชีวิตในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันได้บัญญัติรับรองสิทธิในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ให้สิทธิกับบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนา (living will) หรือให้แสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า (Advance directives) ว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ซึ่งเป็นการแสดงเจตนาของบุคคลเพื่อกำหนดวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ในการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ทุกข์ทรมาน หรือได้รับความเจ็บปวด อีกทั้งไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือ หรือจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563, น. 130)

พินัยกรรมชีวิต จากการศึกษาขอบเขตของกฎหมายโดย จรัญ ภักดีธนากุล (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2541, น. 36-38) ได้อธิบายขอบเขตความหมายของพินัยกรรมชีวิต ดังนี้

(1) พินัยกรรมชีวิตไม่ใช้กับการกำหนดกิจการหลังการตาย เช่น เมื่อตายแล้ว นำเอาหัวใจ ดวงตา หรืออวัยวะอื่นๆ ไปให้ผู้อื่นได้ ลักษณะนี้ไม่นับว่าเป็นพินัยกรรมชีวิต

(2) พินัยกรรมชีวิต คงจะใช้เฉพาะกับการกำหนดการรักษาพยาบาล หรือการปฏิบัติต่อเจ้าของเจตนารมณ์ หรือเจ้าของพินัยกรรมในช่วงก่อนตายเท่านั้น และพินัยกรรมในความหมายเฉพาะข้อ 2 นี้ อาจแบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะตามเจตนารมณ์ของผู้กระทำ

ลักษณะที่ 1 ผู้ป่วยมีเจตจำนงที่ได้แสดงไว้ชัดเจนว่าไม่ยอมรับการรักษาตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ เขียนแสดงไว้ชัดเจนว่าหากเจ็บป่วยเป็นอะไรขึ้นมา ไม่ต้องพาไปพบหมอที่โรงพยาบาล อย่างเช่น กรณีที่ผู้ป่วยเชื่อว่าการรักษาแบบถ่ายเลือดหรือให้เลือด เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง มีพิษภัยและไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดสำหรับตน ก็จะเขียนพินัยกรรมไว้ว่าห้ามใช้วิธีการรักษาดังกล่าวกับตน

ลักษณะที่ 2 ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงยอมรับการรักษาตามหลักวิชาของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่มีเงื่อนไขว่าเมื่อรักษาไปถึงจุดหนึ่งให้หยุดการรักษา ต้องไม่ดำเนินการรักษาต่อไป เช่น หากใช้เครื่องช่วยหายใจไประยะหนึ่ง อาการยังไม่ดีขึ้นก็ให้หยุดใช้ รวมถึงการถอดเครื่องช่วยชีวิตอื่นๆ ออกจากร่างกายผู้ป่วยด้วย

ลักษณะที่ 3 ผู้ป่วยหรือเจ้าของพินัยกรรมแสดงเจตนาไว้กับลูกหลาน โรงพยาบาลหรือแพทย์ก็ตาม เมื่อรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษแล้วต้องรักษาต่อเนื่องโดยตลอดห้ามหยุดการรักษา ห้ามถอดเครื่องช่วยชีวิตออก ตลอดจนห้ามกระทำการใดๆ ที่เป็นการลดทอนโอกาสของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาตามหลักวิชาของแพทย์แผนปัจจุบัน

ลักษณะที่ 4 ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ว่าหากผลการตรวจวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยระบุชัดเจนว่าเป็นโรคบางประการ เช่น โรคมะเร็ง ก็ให้ลูกหลาน ญาติพี่น้องหรือแม้กระทั่งแพทย์ฉีดยาให้ตนเองตาย ไม่ใช่เพียงหยุดการรักษาหรือไม่รักษา แต่ทำให้เขาตายไปเลย

การรับรองทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการตายในประเทศไทย ในปัจจุบันเรื่องของสิทธิให้ความยินยอมในการรักษาได้รับการบัญญัติและคุ้มครองควบคู่ไปกับสิทธิในการเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ซึ่งบัญญัติไว้ในมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้

ประกอบการตัดสินใจ ในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

และในข้อ 2 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ลงวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558

คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ข้อ 2 ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดี และผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

สำหรับประเทศไทยแม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติเฉพาะแพทยก็ควรจะแจ้งให้แก่ผู้ป่วยทราบถึงข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าถึงข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของตน เช่น สาเหตุการเกิดโรค การตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจและการรักษาด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน การป้องกัน กรณีฉุกเฉิน ความเสี่ยง หรือความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น หรืออาจคาดหมายได้ ตลอดจนผลที่จะเกิดขึ้นหากปฏิเสธการรักษา รวมถึงการแจ้งข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย (ฉัตรสมุน พฤตวิญญู, 2558, น. 36, อ้างถึงใน นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563, น. 58) ซึ่งการแจ้งข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ จะเป็นการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนแนวทางการรักษา ซึ่งการวางแผนแนวทางการรักษาจะต้องตกอยู่ที่แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว เพราะหากคิดอีกแง่หนึ่งการตัดสินใจเลือกที่จะรักษา หรือไม่รักษาในอดีตจะขึ้นอยู่กับแพทย์ หากในปัจจุบันการที่ให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นการลดบทบาท ความคาดหวังในส่วนนี้ลงเพราะถือว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ หากการรักษาที่ยึดแนวทางการตัดสินใจแบบในอดีตที่ต้องขึ้นอยู่กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จะเกิดในเรื่องของความไม่เท่าเทียมกันของอำนาจ รวมถึงผู้ทำการรักษาเกิดภาวะความกดดันเนื่องจาก ครอบครัวของผู้ป่วยล้นมุงหวังให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รักษาให้บุคคลอื่นเป็นที่รักกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข สุขภาพร่างกายแข็งแรงเช่นเดิม หากการรักษาทุกครั้งล้วนมีความเสี่ยง และเกิดความผิดพลาดได้

โดยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มีประเด็นที่ต้องพิจารณา (นิรมัย พิศแข มั่นจิตร, 2563) ดังนี้

1) บุคคลที่มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า โดยกฎหมายรับรองให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในการทำหนังสือดังกล่าว ในกรณีที่เป็นผู้เยาว์ที่มีอายุน้อยกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ จำเป็นต้องมี

ผู้แทนโดยชอบธรรมในการทำนิติกรรมใดๆ รวมถึงในขณะที่ยังดำเนินการอยู่จะต้องมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

2) ลักษณะของหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า จะต้องมิมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน เช่น เมื่อแพทย์ได้วินิจฉัยว่าอาการป่วยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายในเวลาอันใกล้ นอกจากนี้ ยังรวมถึงเมื่อทำการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสาร เป็นผลมาจากการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ และปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของตน เช่น ความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ

2.7 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวความคิดและโลกทัศน์จาก “ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา” เป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenon or appearance) และประสบการณ์ของ ความจริงปรากฏการณ์วิทยาเป็นปรัชญาหรือ ทศนะต่อภาวะการณ์มีอยู่ ดำรงอยู่ (Existence) ของมนุษย์ มากกว่าจะเป็นวิธีการวิจัย แต่ถูกนักวิจัยนำมาใช้เสมือนว่าเป็น “วิธีการ” เพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบมา (lived experience) การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ หรือ เหตุการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบ (life-world) มนุษย์ (Holloway, 1997, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2549, น. 186) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้

2.7.1 นิยามและความหมายเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยา

Husserl (1938, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2549) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาถึงโครงสร้างและความหลากหลายทางโครงสร้างของการรับรู้อันเป็นที่ปรากฏของสิ่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ใดๆ ก็ตาม

Heidegger (1977, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2549) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา คือ การทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ของบุคคลผ่านการตีความเพื่อเข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏแก่ผู้ที่ได้ประสบ

Patton (1990, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2549) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยามี นัยสองประการ โดยประการแรก คือสิ่งสำคัญที่นักวิจัยจะต้องรู้ ซึ่งในที่นี้คือ ประสบการณ์หรือสิ่งที่บุคคลได้ประสบอย่างหนึ่ง และการตีความหมายประสบการณ์โดยบุคคลผู้ได้ประสบมันนั้น

อีกอย่างหนึ่ง ทั้งสองสิ่งนี้นับว่าเป็นวัตถุดิบหรือเป็นเนื้อหาสำคัญของการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา ประการที่สอง เป็นเรื่องของวิธีการวิจัย นั่นคือวิธีที่เราจะเข้าถึงได้อย่างแท้จริงว่าประสบการณ์ที่คนอื่นได้รับนั้นเป็นอย่างไร มีความหมายอย่างไรสำหรับตัวเขา ซึ่งเป็นผู้ได้ประสบมันมาด้วยตัวเอง

ชาย โพธิสिता (2549) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา เป็นเครื่องมือในการศึกษา ความหมายของปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ในชีวิตที่บุคคลได้ประสบ ซึ่งจะเป็นอะไรก็ได้ที่ศึกษาที่มี ประเด็นน่าสนใจ หรือแง่มุมในเชิงปฏิบัติการต่างๆ เช่น การได้เป็นแม่ (มีครรภ์ มีบุตร) การใช้ชีวิตเป็น นักบวช การใช้ชีวิตเป็นทหารเกณฑ์ การเจ็บป่วย การถูกระทำความรุนแรงทางเพศ และการประสบ เหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง สูญเสีย หรือสมหวัง ฯลฯ

นิตา ชูโต (2548) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา มุ่งประเด็นในเรื่องของการ ตรวจสอบประสบการณ์ของบุคคล ให้ความสำคัญว่าบุคคลนั้นๆ ได้ประสบการณ์และการตีความ เกี่ยวกับโลกอย่างไร มีปรากฏการณ์อะไรที่สำคัญที่ส่งผลให้บุคคลสร้างโลกของความจริงของเขา อย่างไร โดยไม่จำเป็นต้องผ่านประสบการณ์ร่วม หากใช้การพูดคุย และสัมภาษณ์เพื่อมุ่งเข้าสู่ ประสบการณ์ของบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาจะพรรณนา สิ่งที่ปรากฏ คือ ประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน (life-world) ของบุคคล แต่จุดมุ่งหมายของ การพรรณนามีได้อยู่ที่สิ่งที่ปรากฏ (หรือสิ่งที่ประจักษ์) หากอยู่ที่การทำความเข้าใจว่าสิ่งที่ปรากฏนั้นมีความหมายอย่างไรต่อผู้ที่ได้ประสบมันเป็นสำคัญ ดังนั้น ในการศึกษาจึงจำเป็นต้อง “เจาะลึก” ลงไปถึงสิ่งที่อยู่เบื้องหลังของปรากฏการณ์นั้นๆ (ชาย โพธิสिता, 2549, น. 189) แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา จึงเป็นเสมือน “การกร่อน” หรือ “กะเทาะ” เรื่องราวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาออกมา และผู้วิจัย จะต้องค้นหาและทำความเข้าใจในเรื่องราว การเข้าใจความรู้สึก หรือสิ่งที่มีอยู่ภายในจิตใจของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตีความ โดย Leedy & Ormond (2001, p. 46, อ้างถึงใน สุชาติ หาญมนตรี, 2555) ได้สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามตารางที่ 2.3 ไว้ดังนี้

ตารางที่ 2.3

สรุปลักษณะการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การออกแบบการวิจัย	การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
นิยาม	คือ การศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิต หรือโลกทางสังคม
จุดประสงค์	เพื่อทำความเข้าใจถึงประสบการณ์จากทัศนะของผู้ให้ข้อมูล
การมุ่งเน้น	การมุ่งเน้นถึงทัศนะภายในของผู้ให้ข้อมูล
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบกึ่งทางการ
การวิเคราะห์ข้อมูล	หน่วยของความหมายของข้อมูลที่ได้จากการตีความ

หมายเหตุ. Leedy, P. & Ormond, J. (2001). Practical research: planning and design.

New York: Merrill Prentice Hall, อ้างถึงใน สุชาติ หาญมนตรี, 2555.

2.7.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับอธิบายจิตใจและพฤติกรรมมนุษย์มากกว่าปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ จึงเน้นความรู้ที่เกี่ยวกับมนุษย์เท่านั้น แนวคิดปรากฏการณ์นิยมเน้นความสำคัญของวิธีที่มนุษย์ให้ความหมายกับสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ จึงเชื่อว่าความรู้ที่แท้จริงมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่ามนุษย์แต่ละกลุ่มหรือแต่ละคนให้ความหมายหรือนิยามสถานการณ์ต่างกันไปเช่นไร ดังนั้นความรู้ (เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์) จึงมีลักษณะอัตวิสัย ถูกสร้างขึ้นและอาจเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวความรู้เองกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (สุภางค์ จันทวานิช, 2545, น. 5-6)

ผู้ให้กำเนิดแนวคิด “ปรากฏการณ์วิทยา” คนแรก คือ นักปราชญ์ชาวเยอรมันชื่อ Edmund H. Husserl (1899-1959) ในเวลาต่อมาเมื่อนักปราชญ์และนักคิดในสาขาวิชาอื่นๆ ได้นำไปพัฒนาสู่วิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์อย่างกว้างขวาง เช่น Alfred Schlytz (1899-1959), Whitehead (1958), Gorrige (1971) ฯลฯ ปัจจุบันแนวคิดนี้ได้แพร่หลายเข้าไปมีอิทธิพลในวิชาจิตวิทยาสาขาจิตวิเคราะห์ (Moustakas, 1988, อ้างถึงใน สุภางค์ จันทวานิช, 2545) เป็นต้น

แนวคิด “ปรากฏการณ์วิทยา” ของ Husserl นั้นหมายถึงวิธีการศึกษาโดยให้บุคคลอธิบายถึงเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบทางสื่อดสัมผัสต่างๆ ฐานคติที่สำคัญคือ มนุษย์เราจะรู้ดีในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อน โดยการรับรู้และเข้าใจความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะอยู่ นั่นคือ เริ่มแรกความเข้าใจของมนุษย์เกิดจากการรับรู้ซึ่งสัมผัสผ่านประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งประสบการณ์เหล่านั้นจะผ่านการกลั่นกรอง ตีความเสียก่อนจนกระทั่งรายละเอียดของการรับรู้และการตีความถูกผสมกลมกลืนจนเป็นเนื้อเดียวกัน “การตีความ” จึงเป็นส่วนและสิ่งสำคัญ

ยิ่งในการที่มนุษย์จะเข้าใจถึงประสบการณ์ต่างๆ ได้ ดังนั้นประสบการณ์ต่างๆ ของมนุษย์จึงมักจะรวมการตีความไว้ด้วยเสมอ (นิศา ชูโต, 2548, น. 41)

สำหรับ Heidegger (ลูกศิษย์ของ Husserl) มีจุดเน้นทางปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งจะแตกต่างจากของ Husserl ที่เป็นปรากฏการณ์วิทยาอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) โดย Heidegger เน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น Heidegger ไม่ได้ให้ความสนใจโครงสร้างการรับรู้ แต่เน้นการหาความหมายโดยการ “มองผ่านจากสิ่งที่ปรากฏ (Appearance) ไปยังความหมายที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น” (ชาย โพธิสิตา, 2549, น. 189)

แม้จะแตกต่างกันในจุดเน้น แต่ปรากฏการณ์วิทยาทุกรูปแบบก็มีลักษณะร่วมกันอยู่อย่างหนึ่ง คือ ปฏิเสธสัจนิยมเชิงประจักษ์นิยม (Empirical Realism) ซึ่งถือว่าสิ่งที่เป็นจริงจะต้องเป็นสิ่งที่สามารถรับรู้ได้เชิงประจักษ์ (คือด้วยประสาทสัมผัส) เท่านั้น แต่ในทัศนะของปรากฏการณ์วิทยานั้น สิ่งที่เป็นจริงไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่รับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป หลายอย่างเป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงได้ด้วยการหยั่งรู้ หรือด้วยอัจฉนัตติกญาณ (Intuition) ผ่านการทำความเข้าใจถึงความรู้สึกหรือสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล (ชาย โพธิสิตา, 2549, น. 189) อาจกล่าวได้ว่า การวิจัยปรากฏการณ์วิทยา คือ แนวคิดที่ทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ว่าในช่วงชีวิตที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ประสบการณ์สำคัญๆ ในชีวิตที่ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ ความจริงของบุคคลในการให้ความหมายของสิ่งหนึ่งที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นแล้ว ความจริงของบุคคลจึงไม่สามารถแยกออกเป็นปรนัย (Objective) ว่าสิ่งนั้นเป็นจริง สิ่งนี้เป็นเพียงแต่ความนึกคิด (Subjective) ของบุคคลเท่านั้น เพราะสิ่งใดก็ตามเมื่อบุคคลผ่านการตีความจากประสบการณ์ของตนเอง สิ่งที่เขาตีความจะเป็นจริงสำหรับพวกเขา

2.7.3 ขั้นตอนการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Moustakas (1994, อ้างถึงใน ชาย โพธิสิตา, 2549, น. 191) กล่าวถึง วิธีดำเนินการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา 7 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย

(1) การกำหนดหัวข้อ และคำถามในการวิจัยที่เหมาะสมกับวิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยเรื่องที่ศึกษาจะต้องสอดคล้องกับปรัชญาพื้นฐานในการวิจัย โดยปรากฏการณ์วิทยา คือ การศึกษาถึงความหมาย ประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อปรากฏการณ์นั้นๆ ดังเช่น งานศึกษาในครั้งนี้คือการศึกษาร่องรอยการให้ความหมายการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

(2) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของระเบียบวิธีวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนการศึกษาวิจัยจะต้องมีทักษะของการรู้เท่าทันเชิงทฤษฎี กล่าวคือ ในการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะต้องเกิดกระบวนการเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยของตนเองว่ามีอะไรเกี่ยวข้องบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถาม และกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถทำได้ตลอดกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การค้นคว้าประเด็นจนรวบรวมข้อมูล ไปจนถึงหลังการเก็บข้อมูล

(3) กำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกบุคคลและปรากฏการณ์สำหรับศึกษา โดยผู้ให้ข้อมูลจะต้องมีประสบการณ์ต่อเรื่องที่ศึกษาพอสมควร โดยการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น จะต้องมีความสัมพันธ์ที่เหมาะสมตามงานศึกษานั้นๆ และการเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยอาศัยประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลักไม่ควรให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของประสบการณ์มากนัก รวมถึงการเลือกขนาดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ควรเกิน 10 คน เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถควบคุม จัดการสถานการณ์ได้

(4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ที่ถูกเลือกมาศึกษา รวมทั้งจัดการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการวิจัย โดยผู้วิจัยมีบทบาทสำคัญในการแจ้งถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา การแจ้งถึงผลประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งความเสี่ยงต่อบุคคล ครอบครัว และองค์กร รวมถึงการแจ้งถึงแนวทางการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล การปิดบังอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจะต้องให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเก็บข้อมูลโดยยี่สิบวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

(5) กำหนดประเด็นหรือแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในการกำหนดประเด็นจากการสัมภาษณ์ต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษา โดยผู้ศึกษาจะต้องทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิด ที่เน้นการแสดงความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก โดยข้อคำถามสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามบริบท มีความยืดหยุ่นสูง นอกจากนี้ อาจมีการถามคำถามปลายปิดได้บางส่วน ในประเด็นเฉพาะที่ผู้ศึกษาต้องการความกระจ่างชัดของข้อมูล

(6) ทำการสัมภาษณ์และบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด อาจจำเป็นต้องทำการสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้ง โดยในการสัมภาษณ์เริ่มแรกผู้วิจัยจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล การแสดงท่าทีเป็นมิตร เช่น การยิ้มแย้ม การกล่าวทักทายอย่างเป็นกันเอง โดยระดับของการพูดคุยควรใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ไม่วิชาการมากเกินไป หรือหากจำเป็นต้องมีคำศัพท์เฉพาะในการสัมภาษณ์ อาจจะต้องขยายความให้แก่ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะต้องไม่แสดงท่าทีไม่พอใจ หรือไม่เห็นด้วย แต่ไม่ควรแสดงออกให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ หากควรแสดงถึงท่าทีของความสนใจ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนในการสัมภาษณ์ หรือการแสดงท่าทีคุกคาม การใช้อำนาจที่เหนือกว่าของการเป็นผู้ศึกษาวิจัยในการพยายามชักนำให้ผู้ให้ข้อมูลตอบตามสิ่งที่วางกรอบการศึกษาไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเคารพในเรื่องราวของความจริงจากประสบการณ์ที่ถูกถ่ายทอดออกมา ถึงแม้จะไม่สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของผู้วิจัยก็ตาม หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยจะต้องกล่าวสรุปถึงเรื่องราวที่พูดคุย และย้ำถึงการเก็บรักษาความลับเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจ และกล่าวขอบคุณ ในกรณีที่จะต้องมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติม ผู้วิจัยจะต้องสอบถามวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เพื่อทำการนัดหมายสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

(7) เตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ และดำเนินการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลในขณะที่เก็บข้อมูลและภายหลังการเก็บข้อมูล ในขณะการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลไปด้วย โดยการวิเคราะห์ค้นหาความหมายของข้อมูลที่ได้รับไปเรื่อยๆ ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลที่ได้นั้นมีหลากหลาย อุ่มตัว และสามารถตอบคำถามของการวิจัยได้หรือไม่ ภายหลังของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำอธิบาย และข้อสรุปที่ชัดเจน (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2548, อ้างถึงใน อรรพรรณ กุลจิรัง, 2555, น. 11)

2.7.4 วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ในงานศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดของ ฮัสเซล (Husserl) ซึ่งเป็นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมุ่งทำความเข้าใจในความหมาย ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของประสบการณ์ของบุคคล (Lived Experience) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งที่จะศึกษา การให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุและการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา โดยผู้ศึกษาใช้แนวคำถามแบบปลายเปิดเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาได้เล่าถึงประสบการณ์ของตนเองได้อย่างอิสระ นำไปสู่การสะท้อนคิด ไตร่ตรองในเรื่องราวประสบการณ์ชีวิตของตนเอง และการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ โคลไลซี (Colaizzi) ปี 1978 (Streubert & Capenter, 2003, อ้างถึงใน อรรพรรณ กุลจิรัง, 2555) โดยแนวคิดของแนวคิดของ ฮัสเซล (Husserl, 2005, อ้างถึงใน อรรพรรณ กุลจิรัง, 2555, น. 8-9) ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 3 ประการ คือ

(1) การหยั่งรู้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าไปเรียนรู้ปรากฏการณ์ที่ได้รับ การบอกเล่าจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องหลีกเลี่ยงการนำชุดความคิด ความเชื่อของตนเองเข้าไปตีความต่อปรากฏการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยควรมีทักษะของการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการฟังอย่างตั้งใจเพื่อรับฟังรายละเอียดประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจในเรื่องราวดังกล่าวและเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายต่อการให้ความหมายในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

(2) การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (Phenomenological Analyzing) เป็นการระบุแก่นแท้ (Essences) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษาซึ่งได้มาจากข้อมูลที่ได้รับ และมีการนำเสนอทั้งข้อมูลที่มีความเหมือน และความแตกต่างของส่วนประกอบ ความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะต้องคลุกคลีอยู่กับข้อมูลนานจนกระทั่ง

ได้แก่นั่นที่เกิดจากปรากฏการณ์นั้น การวิเคราะห์เนื้อหาที่นำมาใช้บ่อย ๆ คือ วิธีการของ โคลิซซี่ (Colaizzi) (Streubert & Carpenter, 2007, อ้างถึงใน อรรถน กุลจิรัง, 2555)

(3) การบรรยายปรากฏการณ์ (Phenomenological Describing) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัย สืบหาผู้อ่านเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยอยู่บนพื้นฐานของการแบ่งกลุ่มปรากฏการณ์ ผู้วิจัยจะบรรยายข้อมูลที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วเท่านั้น และการบรรยายปรากฏการณ์ที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ โดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ โคลิซซี่ (Colaizzi, 1978, อ้างถึงใน อรรถน กุลจิรัง, 2555, น. 11-13) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

(1) อธิบายปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา (Describe the phenomenon of interest) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทป มาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์คำต่อคำ และพิมพ์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวมโดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นๆ ของผู้ให้ข้อมูล

(2) รวบรวมข้อมูลรายละเอียดจากผู้ให้ข้อมูล (Collect participants' descriptions of the phenomenon) โดยการจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคสำคัญที่เป็นข้อมูลเดียวกัน และเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาให้มากที่สุด รวมทั้งจะต้องรวบรวมข้อมูลทีนอกเหนือจากคำพูด เช่น กิริยา สีหน้า หรือน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

(3) อ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล (Read all participants' descriptions of the phenomenon) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลที่ได้ และให้เลขนลำดับบรรทัดข้อมูลด้วยเพื่อความสะดวกในการนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงข้อสรุปในภายหลัง

(4) ทบทวนข้อมูลและแยกประโยคสำคัญออกมา (Return the original transcripts and extract significant statement) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอีกครั้ง และดึงข้อมูลทุกคำ กลุ่มคำ ประโยค หรือแนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของ ผู้ให้ข้อมูล ใช้ปากกาขีดเส้นใต้ข้อความที่เป็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกไว้ในตารางที่จัดไว้คู่ขนานกับข้อมูล

(5) ทำความเข้าใจความหมายของแต่ละประโยค (Try to spell out the meaning of each significant statement) โดยอ่านแต่ละกลุ่มคำที่ค้นพบทุกคำที่มีความสำคัญ คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วให้ความหมายหรือให้รหัส (Coding) ในแต่ละประโยคอาจมีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้มากกว่า 1 ประเด็น ผู้วิจัยบันทึกข้อความที่ให้ความหมายหรือ ให้รหัสซึ่งในขณะให้รหัส ผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์ว่ามีข้อมูลส่วนใดที่ยังไม่ครบถ้วน หรือยังไม่ชัดเจน และจะต้องวางแผนกำหนดประเด็นหรือเตรียมแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

ครั้งต่อไป ซึ่งจะเป็นคำถามที่ใช้ยืนยันคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในครั้งแรก และเป็นคำถามที่ใช้ถามเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนอีกด้วย

(6) จัดกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Organize the aggregate formalized meaning into cluster of themes) ผู้วิจัยนำความหมายที่บันทึกไว้มาจัดให้เป็นหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การวิจัยโดยสรุปเป็นความคิดรวบยอดทั้งประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub themes) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกันกับประเด็นหลักนั้นๆ ข้อสรุปที่ได้เป็นข้อสรุปชั่วคราวอาจเหมือนหรือ แตกต่างจากแนวคิดหรือทฤษฎีในเรื่องที่ศึกษาก็ได้ ผู้วิจัยจะบันทึกประเด็นหลัก และประเด็นย่อยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อีกครั้ง

(7) เขียนคำบรรยายโดยละเอียด (Write an exhaustive description) ผู้วิจัยเขียน คำอธิบายของแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์การวิจัย และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล ประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ทำการอ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นว่า ข้อมูลนั้นมีความเป็นจริง

(8) นำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Return to the participants for validation of the description) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดเป็นหมวดหมู่ และเขียนบรรยายเรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ซึ่งอาจจะได้ประเด็นใหม่ที่ยังไม่ได้รับในการสัมภาษณ์ครั้งแรก ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีอะไรจะบอกเล่าอีก ผู้วิจัยจึงทำการยุติการสัมภาษณ์

ดังนั้น แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาจึงมีความสำคัญในการอธิบายถึงปรากฏการณ์ ประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา และเมื่อสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะใช้วิธีการใส่วงเล็บ การวิเคราะห์ และเปรียบเทียบเพราะจะทำให้ผู้ศึกษาไม่นำอคติ ความเชื่อของตนเองไปด่วนสรุปประสบการณ์ เรื่องราวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา และแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ทำให้ผู้ศึกษามีโอกาสเข้าถึงปรากฏการณ์และซึมซับเรื่องราว การให้ความหมายเกี่ยวกับการตายดี และการเตรียมความพร้อมก่อนตายของผู้สูงอายุได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายดี 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนตาย และ 3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการตายดี ดังนี้

2.8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตายดี

การทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตายดี พบว่า มีมุมมองที่สะท้อนให้เห็นถึงการตายดีจากมุมมองผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข จากผู้ป่วย จากผู้ดูแลผู้ป่วย และมุมมองในมิติของศาสนา และวัฒนธรรม ซึ่งการตายดีมีมุมมองที่หลากหลายออกไปตามการตีความผ่านประสบการณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรมของบริบทสังคมนั้นๆ ซึ่งแต่ละมุมมองมีความหลากหลายแตกต่างกัน ดังนี้

2.8.1.1 การตายดีในมุมมองผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข

เมื่อเข้าสู่สภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยและญาติมีวิธีคิดว่า “เมื่อเจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล” ซึ่งโอกาสในการเข้าถึงการรักษาย่อมมีความแตกต่างกันตามทุนทางสังคม หากความแตกต่างของทุนทางสังคมที่ต่างกัน ยังคงได้รับอิทธิพลของความคิดดังกล่าว ดังนั้น แนวโน้มการตายที่โรงพยาบาลจะมีเพิ่มมากขึ้น หมายความว่าช่องว่างของการดูแลผู้ป่วยจะมีมากขึ้น ดังนั้น จึงได้มีการศึกษาเรื่องรูปแบบการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลโดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน และผู้ปฏิบัติงานหรือทีมบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาล ภาคตะวันออก จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน (พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ, 2557) โดยผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

(1) องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ พบว่า มีองค์ประกอบที่สำคัญสำหรับการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวสู่การตายอย่างสงบที่โรงพยาบาลมี 3 องค์ประกอบ (พิสิษฐ์ พิริยาพรณ และคณะ, 2557) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนตาย เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เช่น การบรรเทาอาการปวด อาการคลื่นไส้ อาการรุนแรงทางกายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยการรักษาต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย การแสดงให้ญาติและผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนการรักษา ความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นบุคลากรทางการแพทย์จะต้องไม่ให้การรักษาที่ไม่จำเป็นหรือไม่มีประโยชน์ที่จะทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานหรือเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจร่างกายพิเศษ ที่ไม่มีผลต่อการรักษา และการสร้างความตระหนักและการเตรียมรับภาวะการเข้าสู่การตายอย่างสงบโดยรับรู้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ ให้แก่ผู้สูงอายุและญาติ

องค์ประกอบที่ 2 การเตรียมความพร้อมขณะที่กำลังจะเสียชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการจัดการกับความตึงเครียดครั้งสุดท้าย หรือสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนาให้สำเร็จ ลุ่่วง และการที่บุคลากรทางการแพทย์ยอมรับและเข้าใจ

สภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุบำบัดเยียวยาเอื้ออาทรต่อจิตวิญญาณตนเอง ตามความเชื่อทางศาสนาของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 การเตรียมความพร้อมหลังการตาย เพื่อให้ญาติเผชิญความเศร้าโศก และยอมรับกับการสูญเสียได้ เช่น การให้กำลังใจ การให้คำปรึกษา การจัดหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว การประเมินความสามารถในการปรับตัวหลังการสูญเสีย การช่วยเหลือทางเลือกหรือกิจกรรมที่ครอบครัวทำแล้วเกิดความสบายใจ เช่น การปฏิบัติตามแนวทางของแต่ละศาสนาหรือความเชื่อ

(2) องค์ประกอบความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วย และญาติผู้การตาย
อย่างสงบ พบว่า มี 3 องค์ประกอบ (พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ, 2557) ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การกำหนดเป้าหมายของการดูแล คือ การที่ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์วางแผนการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องสื่อสารข้อมูลการรักษาและข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยสูงอายุที่ใกล้ตาย

องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์กำหนดปัญหาร่วมกัน โดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาหรือความต้องการในการได้รับการดูแล อาจเป็นเป้าหมายระยะสั้น หรือ ระยะยาวก็ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการ รวมถึงการกำหนดถึงรายละเอียด วิธีการที่ทำให้เป้าหมายนั้นสำเร็จ กำหนดบทบาทหน้าที่ว่าใครมีบทบาทในการดูแลอย่างไร

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินความสามารถในการดูแล โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำการประเมินความสามารถให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยว่ามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเผชิญได้มากน้อยเพียงใด เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมถึงการดูแลตนเอง ไม่ให้ทรมานจากอาการเจ็บป่วย หากไม่สามารถดูแลตนเองได้ในช่วงแรก บุคลากรทางการแพทย์จะประสานทรัพยากรภายในชุมชนของผู้ป่วย เช่น การประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้ความช่วยเหลือติดตามการดูแล ให้ความรู้ด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกว่าตนเองต่อสู้เพียงลำพัง

ในขณะทำงานศึกษาของ Ellen L. Csikai and Daniel W. Durkin (2009) ศึกษาเรื่อง “Perceived Educational Needs and Preparation of Adult Protective Services Workers for Practice with End-of-Life Issues” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยการแจกแบบสอบถามทางไปรษณีย์กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละรัฐ รวมทั้งสิ้น 1,023 คน งานศึกษาชิ้นนี้ได้นำเสนอประเด็นในเรื่องของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในสหรัฐอเมริกา อาจนำไปสู่อัตราของการละเมิดสิทธิผู้สูงอายุและการกระทำความรุนแรงในผู้สูงอายุที่มากขึ้น เพราะ

ผู้สูงอายุมีความหลากหลายหลายของการเผชิญปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอยู่ในสถานะพึ่งพิงผู้อื่นในด้านของการเงิน หรือ การดูแล สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง ดังนั้น งานศึกษานี้ได้ศึกษากับผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ (Adult Protective Services Workers: APS) ในการทำความเข้าใจถึงปัญหาการเตรียมตัวตายในผู้สูงอายุเพื่อพัฒนารูปแบบการศึกษาและการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการเสริมทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้าย เนื่องจากการได้รับความรู้ หรือ การเข้าอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวตายในระยะสุดท้ายมีความสำคัญต่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลแบบประคับประคอง และการทำพินัยกรรมชีวิตจะเป็นการสนับสนุนการดูแลทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ หากผู้ตอบแบบสอบถามอีกกลุ่มกลับมองว่าไม่จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม เพราะไม่ได้อยู่ในรายละเอียดของการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะการดูแลมักเป็นความต้องการการดูแลด้านร่างกายจากภาวะสุขภาพโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการตายดีของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พบว่า การปฏิบัติงานจำเป็นที่บุคลากรจะต้องมีความรู้ และความเข้าใจในประเด็นการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ การเข้าใจในด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ไม่ใช่ประเด็นทางการแพทย์หรือทางกฎหมายเท่านั้น หากครอบคลุมไปถึงประเด็นทางจริยธรรม ด้านจิตใจ วัฒนธรรม และสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องต้องคำนึงถึงและตระหนักในหลักสิทธิมนุษยชน เพื่อการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.8.1.2 การตายดีในมุมมองผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย

วัยสูงอายุนับว่าเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในบั้นปลายของชีวิตเป็นอย่างมาก เพราะเมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือ ภาวะใกล้ตาย ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย หากไม่สามารถจัดการได้จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ปฏิเสธการตายสูงสุด ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวเข้าสู่วัยชรา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาไม่สูงที่ไม่เข้าใจกระบวนการรักษาอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเกินไป นอกจากนี้ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กล่าวคือ หลักคำสอนทางพุทธศาสนา ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายได้ดีขึ้น (ขจรศรี แสนปัญญา, 2553)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการแสดงเจตนาไม่ประสงค์ยืดการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับดี เพราะผู้สูงอายุไม่ต้องการทุกข์ทรมานจากการยืดชีวิต ไม่ต้องการเป็นภาระของคนในครอบครัว และคิดว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ การแสดงเจตจำนงของผู้สูงอายุมีปัจจัยขัดขวาง คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับการศึกษา ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคมที่ยังขาดเรื่องของสิทธิที่ผู้สูงอายุควรทราบ การที่ผู้สูงอายุและญาติไม่มีความรู้และความเข้าใจต่อเรื่องดังกล่าวดีพอ (นาฏสิริ ราชฉวาง, 2555)

ในมิติของความต้องการการดูแลในระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ตายอย่างสงบที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการตายแบบไม่ทรมาน โดยหากเลือกสถานที่ในการตายได้ จะเลือกกลับมาตายที่บ้าน มีลูกหลาน บุคคลที่รักอยู่เคียงข้างในวาระสุดท้ายของชีวิต มีโอกาสได้สั่งเสียก่อนจากไป โดยการตายจะต้องไม่สร้างภาระและความเดือดร้อนให้แก่ลูกหลาน เหตุผลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่และครอบครัว เลือกที่จะให้ผู้สูงอายุกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน เป็นผลมาจากค่านิยมของสังคมไทยในเรื่องของหลักศาสนา และความกตัญญู กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ใกล้ตายได้รำลา ญาติ พี่น้อง และเปิดโอกาสในการรำลา เพื่อสร้างความเป็นมงคลให้กับผู้ที่ใกล้ตาย รวมถึงการที่ผู้สูงอายุได้สั่งเสียลูกหลานก่อนเสียชีวิต ถือเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยปลดปล่อยสิ่งที่ค้างคาใจ ความรู้สึกไม่ดี และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม ได้พบปะญาติพี่น้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงให้เห็นถึงอำนาจในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่เลือกจะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นผลมาจากความเชื่อทางศาสนาที่มองว่า การกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจะได้อยู่ดูแลลูกหลาน หากเสียชีวิตที่โรงพยาบาลจะไม่สะดวกต่อการดำเนินการจัดพิธีศพ และดวงวิญญาณของตนเองจะเร่ร่อน ไม่สามารถหาทางกลับบ้านได้ถูก (สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ และคณะ, 2556)

ขณะที่ในมุมมองของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะที่เปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล กลับมาสู่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนมากจะเป็นบุตร และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนโยน และมักทำหน้าที่ในการจัดการได้ดีกว่าเพศชายและพื้นฐานทางวัฒนธรรมในเรื่องความกตัญญูทำให้ต้องรับหน้าที่ในการดูแล อีกทั้งผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงวัย 50-59 ปี อายุจะมีผลต่อการแสดงวิญญูและการทำความเข้าใจในเนื้อหา ข้อมูลข่าวสารรับรู้ต่างๆ เนื่องด้วยประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา นอกจากนี้ ผู้ดูแลหลักจะต้องรับบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ร่วมด้วย เมื่อรับผิดชอบหลายบทบาททำให้ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านเกิดความเครียดต่อผู้ดูแลหลัก และกระทบกับการทำงาน หากผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้เกิดการยอมรับและเต็มใจในการดูแลดีกว่า (ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561)

ทางด้านการตัดสินใจการไม่ยื้อชีวิตในมุมมองของครอบครัวและผู้ดูแลพบว่า การตัดสินใจเป็นเรื่องที่ยากลำบากเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพราะกว่าจะถึงจุดของการตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตได้นั้น ครอบครัวและผู้ดูแลผ่านประสบการณ์ของการต่อสู้ในการดูแล ระยะต่อต้านต่ออาการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจึงเข้าสู่ระยะทำใจและยอมรับอาการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจึงตัดสินใจเลือกที่จะยุติการรักษาเพื่อยื้อชีวิต เปลี่ยนเป็นการรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยและจากไปอย่างสงบ ทางครอบครัวจะเริ่มเข้าหาที่พึ่งทางจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ศาสนา การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ จะยึดการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงกระบวนการรักษาที่ต้องใช้เทคโนโลยีเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยให้บรรเทาอาการเจ็บก่อนจากไป (ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน, 2562)

จะเห็นได้ว่า การตายดีในมุมมองผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยในระยะท้ายเมื่อสามารถยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยของตนเองได้ว่าสุดท้ายแล้วชีวิตคนเราจะต้องเผชิญกับความตาย จะแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะยืดการตายของตนเอง หรือ การปฏิเสธการรักษาที่จะทำให้ตนเองพบเจอกับสภาพความทรมาน เมื่อตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะ ดังนั้น ผู้สูงอายุส่วนมากจึงเลือกที่จะไม่ยื้อชีวิตของตนเอง เพราะไม่อยากทรมาน รวมถึงมีความวิตกกังวลในเรื่องของผู้ดูแลในขณะที่ตนเองอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่อยากเป็นภาระของลูกหลาน และเป็นห่วงในเรื่องของเศรษฐกิจ กลัวภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ในขณะที่ทางด้านของผู้ดูแลพบว่า ระดับความสัมพันธ์ของผู้ดูแล และการสนับสนุนของครอบครัวมีผลต่อการจัดการวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ ดังนั้นแล้ว ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตผู้สูงอายุจะเลือกแนวทางการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เพราะรู้สึกอบอุ่นใจ และความเชื่อทางศาสนาว่า การตายที่โรงพยาบาลอาจเกิดทำให้ดวงวิญญาณของตนเร่ร่อน หากกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจะได้ดูแล ปกป้อง ค้ำครองลูกหลานต่อไป

2.8.1.3 การตายดีในมุมมองศาสนา

การตายดีในมุมมองของศาสนา ผ่านการดูแลพระภิกษุอาพาธระยะสุดท้าย โดยพระภิกษุได้ให้ความหมายของการตายดีว่า (1) การตายที่ไม่มีเครื่องยื้อชีวิต (2) การตายที่ไม่ทรมานทรมาย และ (3) การตายที่คล้ายการนอนหลับ ซึ่งการตายดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพระภิกษุที่ป่วยระยะท้ายไม่ต้องการการเจ็บปวดจากการดำเนินของโรคที่ตนเองกำลังเผชิญ การตายดีอีกรูปแบบหนึ่งในมุมมองของศาสนา คือ การตายที่เป็นไปตามวัฏฏะของชีวิต คือ การเกิด แก่ เจ็บ และตาย ซึ่งการตายคือสิ่งที่ถูกกำหนดไว้แล้ว ไม่มีมนุษย์คนใดสามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการตายของแต่ละคนขึ้นอยู่กับกรรมของบุคคลนั้นๆ หากในระหว่างที่ยังมีชีวิตได้ประกอบสร้างกรรมดี ถือว่าเป็นการตายดี เพราะเมื่อตายไปแล้ว คนในสังคม คนรอบข้างก็ยกย่องเทิดทูน กล่าวถึงคุณงามความดี กล่าวได้ว่าเป็นการตายที่ทั้งคุณประโยชน์ให้แก่สังคมได้พูดถึง และการตายที่เข้าใจในความตาย กล่าวคือ การตายที่สามารถยอมรับความตายได้ การเตรียมพร้อมที่จะตาย และการตายที่หมดห่วงเพราะได้ทำ

ตามความต้องการครั้งสุดท้ายของตนเป็นที่เรียบร้อย ไม่มีภาระ หรือ ทั้งความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวบุคคลอันเป็นที่รัก (สุขสันติ งามแก้ว, 2559)

การศึกษาเรื่องความตายและมรณสติดำเนินการของ พระไพศาล วิสาโล พบว่า หลักคำสอนในปัจจุบันต้องปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม เพราะในปัจจุบันการมองเรื่องความตายเป็นสิ่งที่ถูกลดคุณค่าลงในสังคม เช่น บทบาทของครอบครัว ญาติ บทบาทของศาสนา การเตรียมตัวตายที่ไม่ได้ถูกใส่ใจ หรือให้ความสำคัญเช่นเดิม พระไพศาล วิสาโล ได้บูรณาการคำสอนให้ทันกับยุคสมัยของโลกาภิวัตน์ ท่านได้แบ่งเนื้อหาเกี่ยวกับความตายออกเป็น 3 มิติ คือ มิติกายภาพ คือ เรื่องการแพทย์ มิติสัมพันธ์ภาพ คือ เรื่องของความสัมพันธ์ของบุคคล และ มิติจิตวิญญาณ คือ หลักมรณสติ เนื่องจากหากกล่าวถึงหลักมรณสติกับความตาย เป็นเรื่องยากที่ฆราวาส หรือบุคคลทั่วไปจะเข้าใจถึงหลักธรรมดังกล่าวได้ หลักธรรมดังกล่าวเหมาะสำหรับผู้มีพื้นฐานในการปฏิบัติธรรม โดยหลักมรณสติเป็นส่วนหนึ่งของทั้งสามมิติข้างต้น ซึ่งการบูรณาการคำสอนของศาสนาให้เข้ากับบริบทของสังคมในปัจจุบัน จะทำให้คนในสังคมเข้าใจหลักธรรม และการเข้าใจต่อความตายได้ดียิ่งขึ้น (ญัฐพล สัจกุล, 2557)

การศึกษาของ Naser Aghababaei, et al. (2016) ได้ศึกษาเรื่อง “Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators” งานศึกษาชิ้นนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยอิหร่าน จำนวน 474 คน (อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามอยู่ที่ 312 คน) โดยนับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 96.4 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 18-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.62 ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนา และความเชื่อทางวิทยาศาสตร์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และความภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะที่ความวิตกกังวลในการเสียชีวิตไม่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเชื่อทางวิทยาศาสตร์หรือศาสนา ซึ่งการช่วยให้บุคคลจัดการกับการวางแผนชีวิตล่วงหน้าเพื่อเผชิญความตายไม่ใช่หน้าที่หลักของศาสนาหรือวิทยาศาสตร์ เพราะการทำความเข้าใจกับความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่วิทยาศาสตร์มีความคิดเกี่ยวกับการตายว่า วิทยาศาสตร์อาจไม่สบายใจเท่ากับศาสนา ซึ่งผู้คนอาจหันไปพึ่งทางศาสนาเพื่อให้เกิดความสบายใจมากกว่า นอกจากนี้ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความวิตกกังวลต่อการเสียชีวิตมากกว่าคนนับถือศาสนาคริสต์ และผู้ที่ไม่เชื่อในศาสนาในส่วนข้อสังเกตของงานศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยอาจมีความเข้าใจในเรื่องศาสนาอยู่ในระดับต่ำกว่าคนรุ่นเก่า ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการประเมินแบบสอบถาม โดยงานศึกษานี้ได้แนะนำว่าในอนาคตควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิทยาศาสตร์และสุขภาพจิตกับบริบททางศาสนา

การศึกษาเรื่อง พิธีกรรมทางศาสนางานวิจัยที่มีความน่าสนใจ คือ งานวิจัยของ อารีย์ ธรรมโคร่ง และ อ้อมใจ วงษ์มณฑา (2561) ได้ศึกษาเรื่อง “พิธีกรรมความเชื่อเกี่ยวกับ

การเกิดและการตายของชาวบ้าน ไทยพุทธ ในอำเภอสาบบุรีและอำเภอบะนาระ จังหวัดปัตตานี” โดยงานวิจัยชิ้นนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามการวิจัย จำนวน 60 คน ผลการวิจัย ได้กล่าวถึง พิธีกรรมความเชื่อเกี่ยวกับการตายไว้ 3 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 คือ ช่วงใกล้เสียชีวิต ที่ญาติพี่น้องจะนำความเชื่อทางศาสนาที่ตนศรัทธา และความเชื่อที่เหนือธรรมชาติมายึดโยงสภาพจิตใจให้แก่ตนเองและเพื่อขอพรให้บุคคลที่เจ็บป่วยอาการดีขึ้น ช่วงที่ 2 คือ ช่วงทำศพ จะมีการดำเนินการเป็นขั้นตอนตามแต่ละศาสนา การดำเนินพิธีเต็มไปด้วยความเคร่งครัด และไว้อาลัยให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว โดยการจัดพิธีกรรมเกิดขึ้นเพื่อปลอบประโลมญาติ คนสนิทถึงการจากไปของบุคคลดังกล่าว เป็นการไว้อาลัยต่อการสูญเสียและระลึกถึงคุณงามความดี ตลอดจนเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางสังคมได้อีกด้วย กับการจัดพิธีศพ เช่น ระยะเวลาของการจัดงาน จำนวนผู้เข้าร่วมงาน เป็นต้น และช่วงที่ 3 ช่วงหลังเผาศพ หลังจากพิธีศพผ่านพ้นไป บางบ้านอาจจะมีการไว้ทุกข์ต่อ หากบางบ้านก็ได้มีความยืดหยุ่นปรับให้เข้ากับสังคมในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น ไม่โศกเศร้าเป็นเวลานาน หรือแต่งกายไว้ทุกข์ มีเพียงการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ผู้ที่ล่วงลับ

งานวิจัยอีกหนึ่งเรื่องที่มีความน่าสนใจ คือ งานวิจัยของ สรัสวดี คงปั้น (2561) “มายาคติความตายที่สื่อสารผ่านพิธีกรรมงานศพ ของกลุ่มชาติพันธุ์ที่นับถือศาสนาพุทธ: กรณีศึกษาของกลุ่มชาติพันธุ์กูไทและกลุ่มชาติพันธุ์ไทลื้อ” โดยงานวิจัยชิ้นนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มชาติพันธุ์มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการประกอบพิธีกรรมโดยจะให้ผู้สูงอายุ หรือผู้มีประสบการณ์ในชุมชนเป็นผู้นำเพื่อให้สอดคล้องกับความเชื่อเดิม และมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุ หรือผู้มีประสบการณ์จะถ่ายทอดความหมายเชิงมายาคติให้กับคนรุ่นหลังได้ดี และกลุ่มคนเหล่านี้จะเชี่ยวชาญในการนำวัตถุดิบต่างๆ มาสื่อเป็นสัญลักษณ์ในการประกอบพิธีศพ หากการประกอบพิธีกรรมมีความยืดหยุ่นในเรื่องของสถานที่มากขึ้น ในเรื่องของการเผาศพจากเดิมที่ก่อกองฟอน ปัจจุบันเป็นเมรุเผาศพ รวมถึงความเชื่อของผู้ที่ล่วงลับพบว่า ทั้งสองชาติพันธุ์มีความเชื่อในเรื่องของเวรกรรมตามหลักพุทธศาสนา หากในช่วงที่ผู้ตายมีชีวิตอยู่ได้กระทำความดีจะได้ขึ้นสวรรค์ หากทำชั่วจะตกนรก และเชื่อในเรื่องของโลกหลังความตาย ว่าหลังจากเปลี่ยนสถานะจากบุคคลจะกลายเป็นผีต้องอยู่ในภพภูมิของผีก่อนที่จะไปเกิดใหม่ ซึ่งความเชื่อของทั้งสองชาติพันธุ์สอดคล้องกับคำสอนทางศาสนาพุทธในเรื่องของสังสารวัฏ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตายดีในมุมมองศาสนาพบว่า ผู้ที่เผชิญกับสภาวะการเจ็บป่วยรุนแรง หรือผู้ที่วางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิต มีความเข้าใจในเรื่องของความตายอยู่ด้วยกัน 2 เหตุผล คือ (1) การตาย คือ เรื่องของกฎธรรมชาติที่ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงได้ และ (2) ความเชื่อเรื่องศาสนา จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการที่บุคคลสามารถยอมรับสภาพร่างกาย อาการเจ็บป่วยของตนเองได้ ตลอดจนเรื่องพิธีกรรมทาง

ศาสนายังคงมีการปฏิบัติกันตามความเชื่อจากฐานสู่ฐานเพื่อเป็นการระลึกถึงคุณงามความดีของผู้ที่ล่วงลับ ตลอดจนพิธีกรรมของแต่ละศาสนามีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามบริบทของสังคมนั้นๆ

2.8.1.4 การตายดีในมุมมองความหลากหลายทางวัฒนธรรม

การศึกษาของ Karen Bullock (2011) ศึกษาเรื่อง “The Influence of Culture on End-of-Life Decision Making” การศึกษาในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างและการสนทนากลุ่มในการเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุผิวขาวและผิวดำ จากตัวแทนแต่ละชุมชน 10-12 คน แบ่งเป็น 12 กลุ่ม โดยมีประชากรเข้าร่วม 202 คน การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) ศึกษามุมมองทางวัฒนธรรมที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (2) ศึกษาความแตกต่างของทัศนคติและพฤติกรรมในการวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง และ (3) อภิปรายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเมื่อสิ้นสุดชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุผิวขาวมีแนวโน้มที่จะเห็นคุณค่าในตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง และการตัดสินใจในประเด็นการเตรียมตัวตายได้ดีกว่าผู้สูงอายุผิวดำ ในขณะที่ผู้สูงอายุผิวดำมีแนวโน้มที่จะให้คุณค่ากับอิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และสังคมมากกว่า ซึ่งเป็นผลมาจากอิทธิพลของวัฒนธรรม ดังเช่น คนผิวดำจะมีวัฒนธรรม ความเชื่อที่เหนือกฎเกณฑ์ธรรมชาติมากกว่าคนผิวขาว ในขณะที่คนผิวขาวจะเน้นความเป็นวิทยาศาสตร์ สามารถพิสูจน์ ตรวจสอบได้ ซึ่งการที่มีกระบวนการทัศนคติแตกต่างกันมีส่วนทำให้การตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิตแตกต่างกัน

การศึกษาของ Jacquelyn H. Flaskerud (2017) ได้ศึกษา “Non-Western Perspectives of a Good Death” พบว่า กระบวนทัศน์ในเรื่องของการตายในสังคมตะวันตกจะให้ความสำคัญกับการตัดสินใจที่มีความเป็นปัจเจกมากกว่า ในขณะที่สังคมตะวันออก กระบวนทัศน์เกี่ยวกับการตายถูกโยงเข้ากับ ความหลากหลายทางพหุวัฒนธรรม และผูกโยงเข้ากับศาสนาในการตัดสินใจในเรื่องของการตายดี ศาสนามีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่าสิ่งใดควรเรียกว่าการตายดี ในขณะที่สังคมตะวันตกสมัยใหม่นั้นกำลังท้าทายในเรื่องของการนับถือศาสนา การพัฒนาด้านจิตวิญญาณของตนเองว่าการตายดีอาจไม่ได้ผูกโยงกับเรื่องของศาสนา หากเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นๆ เป็นผู้กำหนด ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้นำเสนอถึงแนวคิดที่คล้ายคลึงกันของตะวันตกและตะวันออก ในประเด็นเรื่องของการตายดี คือ (1) การตายอย่างสงบ (2) ช่วงสุดท้ายของชีวิตปราศจากความเจ็บปวด (3) มีครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รักอยู่เคียงข้างก่อนจะจากไป (4) การระลึกถึงชีวิตที่ผ่านมาก่อนจะเสียชีวิต (5) ความเชื่อที่ว่าความตายควรเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลมากกว่าค่านิยมทางสังคมกำหนด และ (6) ความวิตกกังวลว่าจะเป็นการของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการตายดีในมุมมองความหลากหลายทางวัฒนธรรม พบว่า ในแต่ละวัฒนธรรมมีความเชื่อในเรื่องของการตายดีแตกต่างกันออกไป เป็นผล

มาจากค่านิยมและอุดมการณ์ทางวัฒนธรรมของแต่ละสังคม แต่ในปัจจุบันแนวคิดเรื่องการตายดีไม่ได้ถูกผูกโยงกับศาสนาและสังคมดังเช่นในอดีต หากถูกผูกโยงเข้ากับสังคมร่วมสมัย ในเรื่องของปัจเจกบุคคลมากยิ่งขึ้น จึงแสดงให้เห็นถึงความหมายของการตายดีที่มีความผสมผสานเรื่องของความเชื่อเดิมและความเชื่อร่วมสมัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังเช่น ในสังคมอดีตที่ความตายจะเกี่ยวกับตัวแทนทางศาสนา นักบวช พระ หรือพราหมณ์เพียงเท่านั้น หากปัจจุบันตัวแทนวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทเหมือนตัวแทนทางศาสนา ในเรื่องของการทำหน้าที่ให้ผู้ป่วย หรือผู้ที่กำลังจะจากไป ได้เข้าสู่กระบวนการของการตายอย่างสงบ การทำให้ผู้ที่จากไปตระหนักรู้อย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับการตาย

2.8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย

จากการศึกษาการเตรียมตัวก่อนตายในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้าใกล้กับความตายมากกว่าวัยอื่น ด้วยความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย โดยจากการศึกษาของ สารภี รังสีโกศัย (2556) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย และภาวะใกล้ตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี” พบว่าเมื่อผู้สูงอายุ มีอายุที่เยอะขึ้นมักจะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ตักบาตร ร่วมงานบุญสำคัญอยู่เสมอ เพราะเป็นการได้พบปะกับเพื่อน ๆ ในวัยใกล้เคียงกัน โดยงานที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่รองจากงานบุญ คือ งานศพ ซึ่งการเข้าร่วมงานศพเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่พบเห็นเกี่ยวกับการตาย และภาวะใกล้ตายของบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้เกิดการสะท้อนใจอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งผู้สูงอายุถึงแม้จะเข้าร่วมงานศพอยู่บ่อยครั้ง หากไม่ได้มีการเตรียมตัวสำหรับการตายมากนัก เพราะมีระดับความกังวลเกี่ยวกับความตายอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการสนับสนุนทางด้านสังคม อารมณ์ เศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง และความเชื่อทางศาสนาอยู่ในระดับสูง จึงทำให้ไม่มีการเตรียมตัวเรื่องของการตายมากนัก นอกเสียจากผู้สูงอายุคนดังกล่าวมีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพ อาการเจ็บป่วยของตนเอง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความกังวลเรื่องการตายและการเตรียมตัวตายสูง

ในขณะที่งานศึกษาของ ธนวรรณ สีนประเสริฐ (2556) เรื่อง “การเรียนรู้เพื่อการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิต” พบว่า ผู้สูงอายุกว่าครึ่ง มักไม่กลัวการเผชิญกับความตาย เพราะเชื่อว่าความตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ ที่ทุกคนจะต้องเผชิญ ซึ่งการเตรียมตัวก่อนตายเป็นเรื่องที่ดี เช่น การเตรียมตัวเรื่องของทรัพย์สิน การทำฌาปนกิจสงเคราะห์ การแสดงเจตจำนงไม่ต้องการการยืดชีวิต ทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพราะเป็นห่วงกลัวบุตรหลานจะเสียเวลา และทรัพย์สิน หากความต้องการของผู้สูงอายุไม่ได้แจ้งให้แก่บุตรหลาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบ เพราะไม่มีความรู้ด้านการแสดงเจตนาความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต และผู้สูงอายุยังคงกังวลว่าหากแจ้งความต้องการครั้งสุดท้ายของตนเองจะเป็นการสร้างภาระให้แก่บุตรหลาน หรือ อาจทำให้บุตรหลานเครียด วิตกกังวล เพราะความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อยากจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป

จากการศึกษาประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตายของ พระชาย อภินนโท (2561) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุ ในชมรมปฏิบัติธรรม 24 น. จังหวัดปราจีนบุรี” พบว่า มีปัจจัยที่เหมือนกันคือ ระดับพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อทางศาสนา เกี่ยวกับความตาย คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ความตายเป็นวัฏจักรและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจะเป็นแนวโน้มให้แก่ผู้สูงอายุเตรียมตัวก่อนตาย นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจให้แก่ผู้สูงอายุ ในการลดความวิตกกังวล ความเครียด เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายความกังวลต่อเรื่องความตาย เปลี่ยนเป็นการทำใจยอมรับ การมองความตายว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงไปได้ ทุกชีวิตเกิดมามีอ้อมตออยู่ภายใต้อำนาจของความตายด้วยกันทั้งสิ้น เพราะความตายคือสิ่งที่ไม่สามารถใช้เงินซื้อคืนมาได้ ดังนั้น ความตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ให้ใช้ชีวิตอยู่บนความไม่ประมาท ซึ่งเรียกว่า “การเจริญมรณานุสติ” ระลึกถึงความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

การที่บุคคลมีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย หรือ การวางแผนการเตรียมตัวตายไว้ล่วงหน้า จะช่วยให้บุคคลดังกล่าวเกิดการยอมรับ และกล้าเผชิญความตายอยู่ในระดับสูง และเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Klingler, Schmitzen and Marckmann (2016) ศึกษาเรื่อง “Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations” โดยใช้การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta analysis) การศึกษาวิจัยดังกล่าวทำการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยต่างๆ ทั้งหมด 7 เรื่องมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายถึงผลกระทบของต้นทุนจากระบบการพูดคุยสื่อสารเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิต ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการอภิปรายถึงความขัดแย้งทางจริยธรรมในการวางแผนการดูแลสุขภาพในช่วงท้ายของชีวิต ผลการศึกษาพบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีศักยภาพในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้ป่วยและเป็นการปรับปรุงคุณภาพการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต การวางแผนการดูแลช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงภาครัฐได้อย่างแท้จริง เพราะสามารถลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการครองเตียงของผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้กับผู้ป่วยรายอื่นที่จำเป็นเข้ารับการรักษา ซึ่งการวางแผนการรักษามีนัยยะของความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่ไม่โปร่งใส ที่อาจไม่ได้คำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น กระบวนการพูดคุยสื่อสารเรื่องการวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิต ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ (Advance Care Planning: ACP) จึงต้องมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานให้ใกล้เคียงกับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life: EOL) โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การเคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย พบผลการศึกษามีความน่าสนใจ 2 ประเด็น คือ การเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และ การเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ (สารภี รังษิโกศล, 2556; ธนวรรณ สีนประเสริฐ, 2556; พระชาย อภินนโท, 2561) โดยผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

(1) การเตรียมตัวก่อนตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากญาติ ครอบครัวในเรื่องของค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อย่างเพียงพอ จะส่งผลให้เกิดสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี มีกำลังใจที่พร้อมจะเผชิญความตายได้ดี และการสนับสนุนจากภาครัฐในเรื่องของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ เช่น การสื่อสารข้อมูลข่าวสารแนวทางการรักษา การสื่อสารเรื่องความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยใกล้ตาย การชี้แจงการรักษาพยาบาลอย่างละเอียด ความรู้เรื่องสิทธิของผู้สูงอายุ สิทธิผู้ป่วยในการแสดงแสดงเจตนาความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต การแสดงเจตจำนงไม่ต้องการการยื้อชีวิต เป็นต้น

(2) การเตรียมตัวตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ คือ ผู้สูงอายุมีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับการตายแตกต่างกัน พฤติกรรมการเตรียมตัวตายจึงแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุเมื่อยอมรับกับอาการเจ็บป่วย หรือ การเข้าใจในกฎธรรมชาติของการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นเรื่องปกติของมนุษย์ การระลึกถึงหลักคำสอนทางศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ ในเรื่องของมรณานุสติ ก็จะทำให้กลัวความตายน้อยลง การขอโทษกรรมที่ติดค้างอยู่ภายในจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลต่อความตายน้อยลง

2.8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการตายดี

การสนทนาในรูปแบบสภากาแฟ หรือ การสนทนารูปแบบอื่นที่เปิดพื้นที่สาธารณะในการพูดคุย แลกเปลี่ยนประเด็นเรื่องการเผชิญความตาย เป็นสิ่งสร้างความอ่อนไหวทางอารมณ์ให้แก่ผู้เข้าร่วม ซึ่งมีการศึกษาถึงประเด็นของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพูดคุยเรื่องประเด็นสุขภาพ ทักษะการวางแผนการเผชิญความตายของ Patricia D. Biondo, et al. (2019) ได้ศึกษาเรื่อง “How to increase public participation in advance care planning: findings from a World Café to elicit community group perspectives” งานศึกษาชิ้นนี้ ศึกษารูปแบบการสื่อสารในสภากาแฟของประชาชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ภายใต้กรอบแนวคิด behaviour change wheel framework ของ Michie et al. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสนทนากลุ่มโดยแบ่งเป็น 4-5 คน โดยมาจากชุมชนกว่า 300 ชุมชนในรัฐ Alberta ประเทศแคนาดา โดยผู้เข้าร่วมได้รับเชิญทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมสภากาแฟ จาก Calgary หรือ Edmonton ในช่วงเดือนมีนาคม มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 67 คน (46 คนใน Calgary และ 21 คนใน Edmonton) จาก

47 องค์การชุมชน ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โรคในผู้สูงอายุ การเกษียณอายุ ความรู้ด้านกฎหมาย การวางแผนทางการเงินในการจัดการศพหลังจากเสียชีวิต

การศึกษาของ Maria T. Carney, et al. (2020) ได้ศึกษาเรื่อง “Impact of a community health conversation upon advance care planning attitudes and preparation intentions” งานศึกษาดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาการวางแผนการดูแลและการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย ความเจ็บป่วยร้ายแรงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสนทนา รูปแบบสภาพแวดล้อมในประเด็นด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การสนทนาประเด็นการเตรียมความพร้อมสู่การตายเมื่อเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยรุนแรง โดยการจะเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้นั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ จะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการวางแผนดูแลสุขภาพ ช่วงท้ายของชีวิต การให้บุคคลและชุมชนตระหนักถึงทรัพยากรของชุมชน เพื่อช่วยในการตัดสินใจของแต่ละบุคคลก่อนที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง การอำนวยความสะดวกในการเปิดพื้นที่การสนทนา แลกเปลี่ยนประเด็นการวางแผนการเตรียมตัวตาย การให้ความหมายเกี่ยวกับการตายในมุมมองของบุคคลและชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนดูแลสุขภาพ ช่วงท้ายของชีวิต โดยเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวในการตัดสินใจ และลดความวิตกกังวล

นอกจากนี้ การนำเสนอผลการวิจัยดังกล่าว มีความน่าสนใจในประเด็นการเปิดพื้นที่ให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมวางแผนการเตรียมตัวตาย ซึ่งการปฏิบัติงานกับชุมชนมีคนหลากหลายช่วงอายุ ดังนั้นการจัดบทสนทนาในประเด็นดังกล่าวจึงต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนได้และส่วนเสีย การประเมินผลในระยะยาว โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพราะการวางแผนการเตรียมตัวตายไม่จำเป็นจะต้องทำกับช่วงวัยผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว เพราะความตายไม่ได้เลือกว่าจะเกิดกับช่วงวัยผู้สูงอายุ หรือ ผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรงเท่านั้น

อีกหนึ่งงานวิจัยที่มีความน่าสนใจ คือ การศึกษาของ Laranjeira, C, et al. (2022) ได้ศึกษาเรื่อง “Death cafés as a strategy to foster compassionate communities: Contributions for death and grief literacy” งานศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์การพูดคุยเรื่องความตายในปัจจุบันที่มีข้อห้ามในการพูดคุย รวมไปถึงการตายถูกผูกโยงเข้ากับโรงพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุเกินไป ทำให้การตายจึงเป็นเรื่องเฉพาะในแวดวงหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นชุมชนจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการดูแลแบบประคับประคองและการสนับสนุนผู้สูญเสียในการรับมือกับความโศกเศร้าที่จะเกิดขึ้น โดยวิธีที่ช่วยเพิ่มความรู้เรื่องความตายและความโศกเศร้า คือ Death cafés โดยเป็นผลงานของ Crettaz (2010) โดยจัดกิจกรรมในการสนทนาประเด็นการตายซึ่งปัจจุบันใช้มากกว่า 81 ประเทศทั่วโลก โดยกิจกรรมดังกล่าวมักจัดขึ้นในชุมชน เช่น ร้านอาหาร ห้องสมุด หรือพื้นที่สาธารณะอื่นๆ เพื่อสนทนาประเด็นการตาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนตัวทั้งความคิด

ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับการตายและความโศกเศร้าร่วมกันอย่างผ่อนคลายโดยผู้เข้าร่วมจะบอกเล่าเรื่องราวของตนเอง เช่น ประสบการณ์การสูญเสีย การร่วมงานศพ หรือการวางแผนการเตรียมความพร้อมก่อนตายของตนเอง ซึ่งการบอกเล่าเรื่องราวดังกล่าวสร้างประโยชน์ให้แก่ผู้เข้าร่วมในการตระหนักรู้ในตนเอง ลดความกังวลเรื่องความตาย รวมไปถึงเพิ่มความสัมพันธ์ของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความเห็นอกเห็นใจซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการรู้เท่าทันความโศกเศร้า

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการตายดี พบผลการศึกษาน่าสนใจในประเด็นการกระตุ้น หรือ สนับสนุนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง และการเผชิญความตาย (Patricia D. Biondo, et al., 2019; T. Carney, et al., 2020; Laranjeira, C, et al., 2022) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ทำให้ทรัพยากรในการวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิตเข้าถึงกลุ่มชุมชนได้สะดวก คือ การสร้างความพร้อมให้กับชุมชนและการเตรียมความพร้อมของเนื้อหาการวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิตที่เข้าใจง่าย โดยการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ไปยังจดหมายข่าว นิตยสารบนเว็บไซต์ โซเชียลมีเดีย โทรทัศน์ และกิจกรรมประจำปี

(2) ให้โอกาสทางการศึกษาและการอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

(2.1) การศึกษา โดยการจัดหลักสูตรการวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิตไว้ในหลักสูตรการศึกษาสำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย การศึกษาด้านวิชาชีพแบบต่อเนื่อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ กฎหมาย การวางแผนทางการเงิน การประกันภัย การวางแผนเกี่ยวกับงานศพ เป็นต้น และการจัดการศึกษา

(2.2) การอำนวยความสะดวก จัดให้มีการประชุมกลุ่มที่อำนวยความสะดวกโดยให้สมาชิกมารวมตัวกันเพื่อเรียนรู้และวางแผนดูแลสุขภาพช่วงท้ายของชีวิต พร้อมจัดตั้งกลุ่มเฉพาะ โดยมีผู้เชี่ยวชาญ และอาสาสมัครชุมชนเข้าร่วม

(3) ลดความซับซ้อนของกระบวนการในระบบการดูแลสุขภาพ และเพิ่มการสนับสนุนสำหรับการสนทนา โดยการลดความซับซ้อนของภาษาที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร รวมถึงคำอธิบายในการทำพินัยกรรมชีวิต หนังสือมอบอำนาจ เป้าหมายในการดูแล และการสนทนา การวางแผนดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิต เพิ่มความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลขั้นปฐมภูมิเพื่อจัดการกับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การอำนวยความสะดวกให้กับกลุ่ม หรือ การฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต การเขียนเป้าหมายชีวิต

(4) ใช้เรื่องราว หรือ ใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ส่วนตัว โดยการให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิต ถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเอง เพื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนร่วมกัน เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการมากที่สุด โดยรูปแบบของการถ่ายทอดเรื่องราวประสบการณ์อาจจัดทำในรูปแบบของ Death cafés โดยมีอาสาสมัคร หรือหน่วยงานด้านบริการทางสังคมเป็นตัวกลางในการจัดกิจกรรม สนทนาประเด็นการตายเพื่อให้ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน รวมไปถึงผู้ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

(5) การกำหนดคำศัพท์ หรือ คำนิยามของการวางแผนการดูแลสุขภาพช่วงสุดท้ายของชีวิต (Advance Care Planning: ACP) ให้เป็นมาตรฐานทั่วประเทศ โดยการกำหนดคำนิยามที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ไม่กำหนดความหมายที่กว้างเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในการสื่อสารความหมาย และหลีกเลี่ยงคำย่อที่อาจทำให้เกิดอุปสรรคในการเข้าใจเนื้อหา ดังกล่าว หรือ หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงคำย่อได้ จำเป็นจะต้องอธิบายให้ทราบถึงที่มาของคำย่อดังกล่าว

2.9 กรอบแนวคิดในการศึกษา

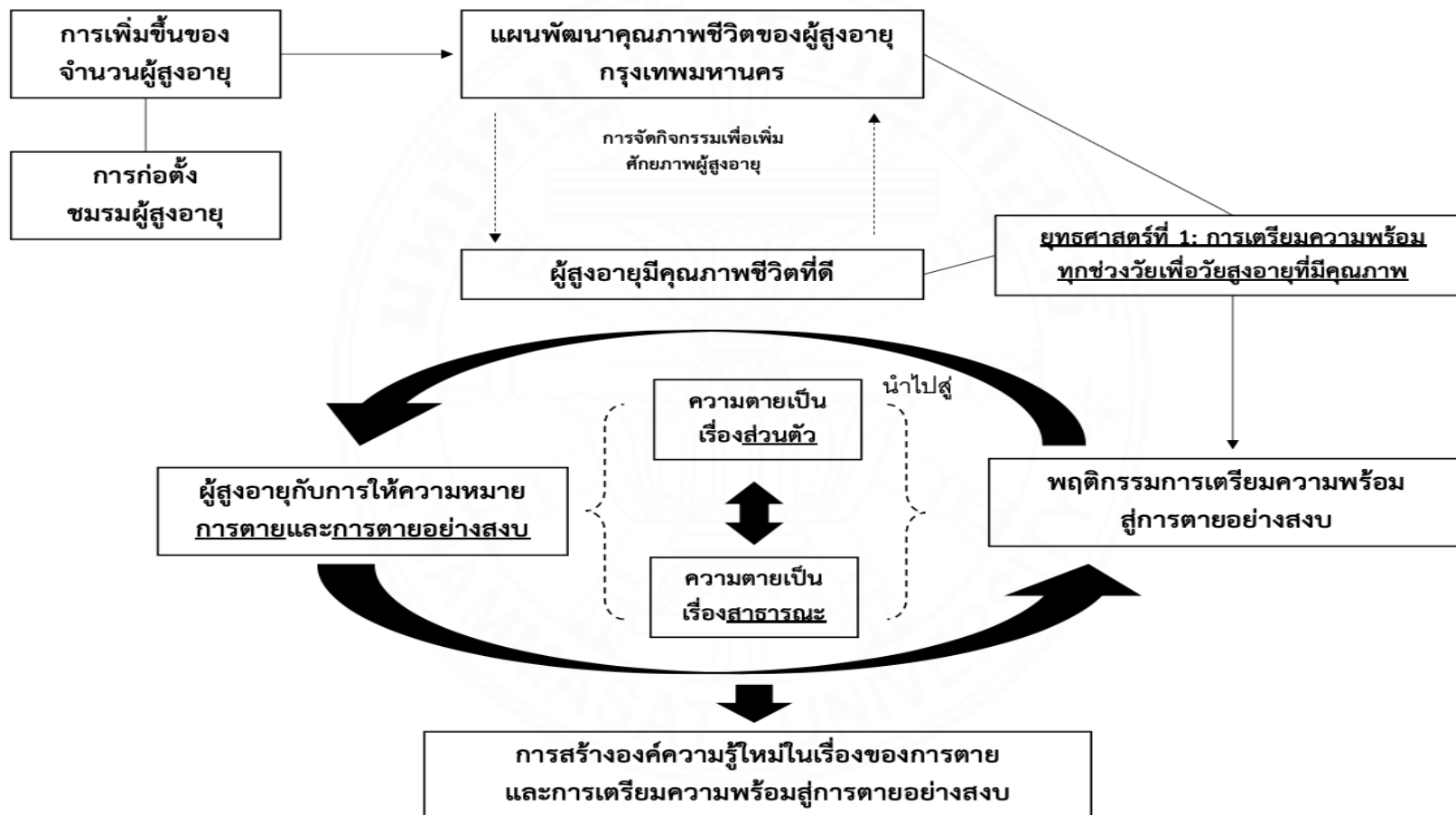
ผู้ศึกษาได้ศึกษาแนวคิดที่เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมุ่งศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ การรับรู้ของผู้สูงอายุในการตีความ ให้ความหมายการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ โดยศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เป็นการทำความเข้าใจถึงพัฒนาของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย เพื่อให้เห็นถึงสภาพปัญหาและความต้องการ และการศึกษาแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุเป็นแนวคิดที่เชื่อมั่นว่าผู้สูงอายุมีศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งแนวคิดนี้เป็นแนวคิดที่จะเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงบุคคลทั่วไป ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การศึกษาปรัชญาว่าด้วยความตาย จะช่วยให้เห็นถึงการให้คำนิยามความหมายของผู้สูงอายุในเรื่องของความตาย และการตายอย่างสงบ นอกจากนี้แนวคิดการเตรียมตัวตายอย่างสงบ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเตรียมตัวตาย โดยการเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม จะนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุในการให้ความหมายการตายที่มากกว่าเรื่องของความเป็นส่วนตัว หากคือเรื่องของสาธารณะ และเกิดองค์ความรู้ใหม่ของการเตรียมตัวสู่การตายอย่างสงบ

การศึกษาในครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาการหาความหมาย ความรู้ ความจริงการตีความของผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตของบุคคล โดยใช้ทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดย

ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ผู้สูงอายุนำเสนอมุมมองการให้ความหมายต่อความตายอย่างสงบในแง่ประสบการณ์ที่ตนเองพบเจอเกี่ยวกับการสูญเสียที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ดังนั้นผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาย่อมแสดงความคิด ความรู้สึกจากการสะท้อนคิดได้โดยตรง ถึงเรื่องราวของตนเองนำไปสู่การวางแผนเตรียมพร้อมรับมือกับความตายเมื่อเวลาดังกล่าวมมาถึง ตลอดจนการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ความสนใจ และผู้ปฏิบัติงานสายสุขภาพและสวัสดิการสังคมได้ทำความเข้าใจอย่างลุ่มลึกถึงการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาการบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ



กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

วิธีการวิจัย

3.1 วิธีการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 ลีพระยา” ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ เนื่องจากการพูดเรื่องความตายเป็นเรื่องที่ถูกหลีกเลี่ยงในสังคมในการพูดถึง หากการพูดถึงเรื่องการตาย หรือการเตรียมตัวตายได้นั้นก็จะเป็นการพูดที่เลี่ยงข้อคำถามหรือประเด็นดังกล่าว เนื่องจากการพูดเรื่องความตายเป็นสิ่งที่สร้างความอ่อนไหวให้แก่ผู้ร่วมสนทนา ดังนั้นการสนทนาเรื่องความตายจึงเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึง ดังเช่นในอดีตการตั้งคำถามเกี่ยวกับเพศ หรือการตั้งคำถามกับศาสนาห้ามพูดถึง ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเรื่องราว การให้ความหมายการตาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบในเชิงลึก เพราะความตายและชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกขาดออกจากกันได้

การศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นกรอบในการมองปรากฏการณ์ของกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการสร้างความรู้จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุ ต่อการให้ความหมายการตายดี และการเตรียมความพร้อมสำหรับการตายดี มาอธิบายและให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนการพรรณนาให้เห็นถึงความสำคัญระหว่างปรากฏการณ์นั้นกับระบบสถานะแวดล้อมในลักษณะการอุปมาน (Inductive) โดยผู้ศึกษาจะไม่นำความคิด ความเชื่อ เข้าไปครอบงำเรื่องราวประวัติชีวิตของผู้ถูกศึกษา ทว่าจะยอมรับในความเชื่อและระบบคิด เนื่องจากบุคคลที่เล่าเรื่องราวของตนเป็นผู้อธิบายได้ดีกว่าว่าทำไมถึงเกิดปรากฏการณ์นั้น (กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2550, น. 70) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องอาศัยวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการที่ผู้ศึกษาลงภาคสนามไปเก็บข้อมูล การสังเกตและการศึกษาจากเอกสาร โดยผู้ศึกษาได้แบ่งขั้นตอนการศึกษาออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการค้นคว้า เอกสารและบทความทางวิชาการ หนังสือ รายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์ เพื่อศึกษาถึงแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ ประชญาว่าด้วยความตาย การตายดี การเตรียมตัวตาย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ และแนวคิดการดูแล

2. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา จำนวน 13 ราย โดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในการเก็บข้อมูล

3.2 นักวิจัยในฐานะเครื่องมือการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการทำวิจัย โดยนักวิจัยเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีการพิจารณาไตร่ตรองถึงประเด็นและศูนย์รวมของการศึกษาในเชิงวางแผนที่ชัดเจนเพื่อให้การศึกษาวินิจฉัยนั้นบรรลุผลสำเร็จ รวมถึงนักวิจัยคุณภาพจะต้องให้ความสนใจ หรือ การขุ่มอ้อมในประเด็นการวิจัยของตนเอง การให้คุณค่าต่องานที่ศึกษาเนื่องจากการทำวิจัยคุณภาพจะใช้ระยะเวลานานในการพัฒนาแนวทางการวิจัยของตนเอง เพื่อพิสูจน์ว่าวิจัยคุณภาพของตนเองมีความแกร่ง (กิตติพัฒน์ นนทบุรีทะเลดูลย์, 2550)

ผู้ศึกษามีความสนใจและเกิดแรงบันดาลใจจากการศึกษาประเด็นดังกล่าว มาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คือ ตา ก่อนที่ตาจะเสียชีวิตมีอาการเส้นเลือดในสมองแตก และเข้ารับการรักษาโดยต้องตัดสินใจว่าจะยื้อชีวิต โดยการตัดสินใจดังกล่าวเป็นไปตามการตัดสินใจของทางครอบครัว และการประเมินวินิจฉัยของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทั้งสองฝ่ายไม่มีใครทราบถึงความต้องการของตา จึงเลือกที่จะยื้อชีวิต หลังจากนั้นต้องดูแลแบบประคับประคองเป็นระยะเวลากว่า 3 ปี จนกระทั่งตาได้เสียชีวิตลง ในห้วงของความรู้สึกดังกล่าวคือความว่างเปล่า และสับสนวุ่นวายในคราวเดียวกัน ผู้ศึกษาตั้งคำถามถึงความตาย และการเตรียมตัวตายหลังจากที่ตาเสียชีวิต และได้ใช้คำถามนี้ถามยายที่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาเคยนำคำถามประเด็นเรื่องการเตรียมตัวตายให้แกยายและบุคคลในครอบครัว ซึ่งการพูดเรื่องความตายในบ้าน กลับเป็นเรื่องต้องห้ามและถูกมองว่าเป็นสิ่งอัปมงคล ด้วยเหตุนี้เองผู้ศึกษาจึงรู้สึกจุดประกายให้แก่ตนเองถึงการอยากศึกษาถึงการให้ความหมายการตายของผู้สูงอายุ ว่าเขาเหล่านั้นมีประสบการณ์อย่างไร ถึงมีการตีความ/การให้ความหมายที่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวตายอย่างสงบอย่างไร

อีกหนึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ศึกษารู้สึกได้รับแรงกระตุ้นให้รู้สึกสนใจในประเด็นดังกล่าวมากยิ่งขึ้น คือ การได้คลุกคลีปฏิบัติงานในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยาในบทบาทนักสังคมสงเคราะห์ด้านสุขภาพจิต เป็นระยะเวลา 3 ปีกว่า โดยผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานภายในชมรมผู้สูงอายุ ได้พบปะและร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเดือนละครั้ง โดยในการจัดกิจกรรมภายในชมรม ผู้ศึกษาสังเกตว่าในการดำเนินกิจกรรมภายในชมรม ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมภายนอกพื้นที่โดยส่วนมากจะเป็นการพาผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมการแข่งขันกีฬา และร่วมสังสรรค์

ตลอดจนกิจกรรมอบรม ให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การอบรมเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ พบว่า ยังไม่มีกิจกรรมใดพูดถึงเรื่องการเตรียมตัวตายอย่างสงบในวัยผู้สูงอายุ หากมีกิจกรรมที่ใกล้เคียงคือการเน้นในมิติของสุขภาพ การดูแลตนเอง หรือกิจกรรมทางศาสนาต่างๆ ตามวันสำคัญ

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการศึกษาจนถึงสุดกระบวนการศึกษา นักวิจัยจึงต้องทำความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุ ผ่านเรื่องเล่าประสบการณ์จากการตีความของผู้สูงอายุ โดยนักวิจัยมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างตัวนักวิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ในการแลกเปลี่ยนประเด็น เรียนรู้ ทำความเข้าใจในเรื่องความตายและการเตรียมตัวตายของตนเอง

3.3 ประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

สำหรับประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยต้องเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 4 ครั้ง/ปี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 71 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563, กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา)

หมายเหตุ: จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมชมรมฯ น้อยลงเนื่องจากในปี พ.ศ. 2563 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ต้องงดการจัดกิจกรรมตั้งแต่เดือนมีนาคม – กรกฎาคม และเดือนกันยายน โดยในปี พ.ศ. 2563 มีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งเท่านั้น

ผู้ศึกษาใช้การเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาตามแนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ที่เหมาะสมไว้ที่ประมาณ 12-20 ราย โดยเหตุผลที่ผู้วิจัยกำหนดไว้จำนวน 12-20 ราย เนื่องจากเป็นจำนวนที่สามารถควบคุมได้ รวมถึงงานวิจัยเชิงคุณภาพต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเกิดความไว้วางใจมากที่สุด ดังนั้น การเลือกจำนวนผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาดังกล่าวจึงเป็นจำนวนที่เหมาะสมในการเข้าถึงข้อมูล

สำหรับการเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา จะใช้การประชาสัมพันธ์โดยการติดสือประชาสัมพันธ์ที่ชมรมผู้สูงอายุบางรัก บริเวณใต้ทางด่วนวัดมหาพฤฒาราม ตลาดสดเพชรพลอย หากไม่สามารถประชาสัมพันธ์ได้โดยตรงเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้มีประกาศงดกิจกรรมประชุมชมรมผู้สูงอายุบางรักฯ ประจำเดือน ส่งผลให้ผู้ศึกษาไม่สามารถประชาสัมพันธ์ได้โดยตรง ผู้ศึกษาจึงลงสือประชาสัมพันธ์ทางกลุ่มไลน์ (Line) แทน

ผู้ศึกษาใช้การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้ศึกษาจะใช้ข้อมูลทางทะเบียนชมรมผู้สูงอายุที่นักจิตวิทยาได้ทำการประเมิน MSET-10 และ TGDS ทุกครั้งที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อแยกบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสติปัญญา และด้านซึมเศร้าออก ซึ่งบุคคลที่มี 2 ภาวะดังกล่าวผู้ศึกษาจะทำการส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษานี้มีจำนวน 13 ราย เป็นเพศชาย 1 ราย และเพศหญิง 12 ราย โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในงานวิจัยครั้งนี้

หมายเหตุ: การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้อย่างยืดหยุ่น ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้มีความอึดตัว หรือสามารถเข้าใจตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ การให้ความหมายเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

3.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้สูงอายุที่ประสบพบเจอกับสถานการณ์สำคัญในชีวิต เช่น มีประสบการณ์ของการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือผูกพันใกล้ชิดกับตน หรือ ทำงานกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ เคยได้รับอุบัติเหตุจนได้รับบาดเจ็บสาหัส
2. ผู้สูงอายุมีการได้ยินเป็นปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ คือ สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล
3. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางด้านสติปัญญา โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental state examination-Thai: MSE-T10) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ปกติเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบทดสอบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เมื่อทดสอบแล้วพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษาจึงจะเลือกผู้สูงอายุดังกล่าวเข้าร่วมการวิจัย

3.3.2 หลักเกณฑ์การคัดออกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. มีปฏิกิริยาไม่ยอมรับในเรื่องของการพูดคุยเรื่องการตาย เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ในขณะสัมภาษณ์ มีความวิตกกังวล สับสน ซึม/เฉยเมย ไม่สนใจ แสดงท่าที่ไม่สนใจ เป็นต้น
2. ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการให้ข้อมูลจนสิ้นสุดกระบวนการ เช่น เกิดความรู้สึกไม่สบายใจต่อข้อคำถาม หรือ ตัวผู้ศึกษาเอง เวลานั้นเหนื่อยที่ไม่สอดคล้องกัน มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามคำวินิจฉัยของแพทย์

หมายเหตุ: สำหรับผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ถอนตัว หรือผู้ศึกษาให้ออกจากการวิจัย หากมีการสัมภาษณ์ไว้บางส่วนแล้วข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ใน

งานวิจัยจะนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์โดยไม่ระบุตัวตนของเจ้าของข้อมูลมากนัก ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารายอื่นมาทดแทนผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่ออกจากโครงการวิจัย

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษามีจุดมุ่งหมายว่าในการศึกษาครั้งนี้ไม่ต้องการสร้างรอยบาดแผลในจิตใจ หรือการสร้างความรู้สึกแปลกแยก การกีดกันผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้กลายเป็นอื่น

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้ศึกษา แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยได้นำข้อคำถามจากสมุดเบาใจของโครงการความตายพูดได้ เครือข่ายพุทธิกา มาปรับใช้ รวมทั้งใช้แบบทดสอบ และเครื่องบันทึกเสียง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.4.1 ตัวผู้ศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงคุณลักษณะ ไม่สามารถกระทำในรูปของปริมาณได้ การเก็บข้อมูลจึงต้องอาศัยผู้ศึกษาต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล การสังเกต การสัมภาษณ์ การจดบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูลเพราะถือว่าผู้ศึกษาเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้ศึกษาจะต้องสำรวจตนเองเป็นลำดับแรกในเรื่องของอคติกับข้อสรุปที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเข้าไปศึกษาปรากฏการณ์/ ประเด็นการศึกษาหรือไม่ หากพบว่ามียู่งจะต้องขจัดออกไปก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ หรือหากขจัดไม่ได้ก็ต้องให้เหลือน้อยที่สุด และนักวิจัยจะต้องรู้เท่าทันกับอคติและข้อสรุปที่มีอยู่ของตนเอง และในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นสิ่งสำคัญ คือ การวิเคราะห์จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ดังนั้นอคติของนักวิจัยจำเป็นจะต้องแขวนไว้ก่อน และเปิดทัศนคติให้กว้างเพื่อที่จะวิเคราะห์ปรากฏการณ์

3.4.2 แนวคำถามการวิจัย

ผู้ศึกษาใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured หรือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ลักษณะสำคัญอยู่ที่การดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติ คือ ดำเนินไป

เหมือนกับการ “คุยกันอย่างไม่เป็นทางการ” แม้ว่านักวิจัยจะเตรียมหัวข้อหรือประเด็นสำหรับการสนทนาไว้ล่วงหน้าและต้อง “ทำการบ้าน” มาอย่างดี เสมือนว่าจะทำการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการก็ตาม แต่บรรยากาศของการสัมภาษณ์สำหรับการวิจัยแบบนี้ควรเป็นธรรมชาติมากที่สุด และมีความยืดหยุ่น ผู้ถูกสัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์อาจแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้เท่าที่จำเป็น จุดเน้นของผู้สัมภาษณ์อยู่ที่การรับฟังสิ่งที่ผู้ให้สัมภาษณ์บอกเล่า มากกว่าการมุ่งที่จะควบคุมการสนทนาอย่างเดียว (Morse, 1991; Holstein and Gubrium, 1995; Kahn, 2000, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2547, น. 195)

ผู้ศึกษาใช้แนวคำถามและการกำหนดคำถามที่สำคัญที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured) โดยวางแนวทางการสัมภาษณ์ไว้เป็นประเด็นหลักๆ ในลักษณะคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการวิจัยดังกล่าวเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยได้นำแบบคำถามให้กับคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง 3 ท่านเพื่อให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์นี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยและงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3 เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้านเนื้อหา และด้านแนวคิด ทฤษฎีมากเพียงใด

หลังจากได้รับความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านแล้ว ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยตัดข้อคำถามที่อาจสร้างผลกระทบทางด้านจิตใจออก รวมถึงข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้านเนื้อหา และด้านการเลือกใช้นวัตกรรม ทฤษฎี

3.4.3 แบบทดสอบในการคัดผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะใช้ข้อมูลทางทะเบียนชมรมผู้สูงอายุที่นักจิตวิทยาได้ทำการประเมินผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 2 แบบทดสอบ คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental state examination-Thai: MSET10) เพื่อทดสอบว่าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาทางด้านของความจำ สามารถเรียบเรียงเหตุการณ์สถานการณ์ของตนที่ผ่านมาได้หากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม อาจส่งผลต่อการให้ข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ และแบบทดสอบการประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเบื้องต้น หากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้

เนื่องจากข้อคำถามเกี่ยวกับความตาย หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาเรื่อง "การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา" เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วนดังนี้

3.5.1 ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Document Study)

การศึกษาจากทั้งเอกสาร หนังสือ ตำราเรียน บทความ วิทยานิพนธ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเด็นผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อม การตาย การตายอย่างสงบ เป็นต้น โดยใช้คำหลักในการสืบค้น คือ “ผู้สูงอายุ” “สถานการณ์ผู้สูงอายุ” “การเตรียมความพร้อมการตาย” “การตายอย่างสงบ” “การตายดี” “การตายในผู้สูงอายุ” “ความตายในมุมมองศาสนา” “ความตายในมุมมองทางการแพทย์” และ “ชมรมผู้สูงอายุ” จากฐานข้อมูลออนไลน์ ได้แก่ Thammasat University Digital Collections และ Digital Research Information Center ใช้ช่วงเวลานับตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2565 ในการสืบค้น และสืบค้นฐานข้อมูลจากเว็บไซต์ต่างประเทศ ได้แก่ Wiley Online Library, Springer link, Samhsa และ Tandfonline ใช้ช่วงเวลานับตั้งแต่ ค.ศ. 2010 - ค.ศ. 2022 ในการสืบค้น

3.5.2 การศึกษาภาคสนาม (Field Study)

การศึกษาข้อมูลจากการลงพื้นที่และเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาในระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 โดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ในการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาจะใช้วิธีการบันทึกข้อมูลที่หลากหลายเพื่อสามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลให้ได้มากที่สุด โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของวิธีการบันทึกข้อมูลให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา และไม่เป็นอุปสรรคต่อผู้ศึกษาและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา โดยมีวิธีการดังนี้

3.5.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในประเด็นเรื่องของการตายเป็นสิ่งที่ต้องพึงระวังอยู่มาก เนื่องจากข้อคำถามอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ดังนั้น ผู้ศึกษาต้องทบทวนตัวเองและทบทวนถึงวิธีการได้มาของข้อมูล โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาถึงเทคนิค วิธีการ

สัมภาษณ์ที่จะสร้างความประหลาดใจทางความรู้สึกให้น้อยที่สุด โดยก่อนการพูดคุย สัมภาษณ์ผู้ศึกษาจะเริ่มต้นบทสนทนาทั่วไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการผ่อนคลาย และการสร้างสัมพันธภาพที่ดี รวมถึงผู้ศึกษาจะถามถึงความสมัครใจ และสังเกตปฏิกิริยาของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาว่าเป็นอย่างไร โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ศึกษาจะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ไว้ล่วงหน้าเพื่อจัดเตรียมสถานที่ และสภาพแวดล้อมให้พร้อมก่อนการเก็บข้อมูล
2. ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาด้วยตนเอง โดยใช้ห้องนั่งเล่นสงเคราะห์ คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา ในการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นห้องส่วนตัว โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 40-60 นาที
3. ผู้ศึกษาทำการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ผลกระทบ/ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา และการขออนุญาตเพื่อบันทึกเสียง เมื่อชี้แจงข้อมูลต่างๆ เสร็จสิ้นจะให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากในช่วงการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ส่งผลให้การดำเนินการเก็บข้อมูลมีอุปสรรค ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาบางรายไม่กล้าที่จะออกจากบ้าน เพราะกลัวการติดเชื้อดังกล่าว จึงทำให้การเก็บข้อมูลในผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารายที่ 1-4 และ 13 เป็นการเก็บข้อมูลโดยการเผชิญหน้าและได้สังเกตปฏิกิริยาของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หากในรายที่ 5-12 เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ทำให้ไม่สามารถลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ในทันที ผู้ศึกษาจึงเปลี่ยนเป็นการบันทึกเสียงโดยการให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษากล่าวก่อนสัมภาษณ์ว่า “ได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลแล้ว และเข้าใจดี” หลังจากกล่าวข้อความในข้างต้นจึงเริ่มเก็บข้อมูล
4. ก่อนการเก็บข้อมูลผู้ศึกษาจะสร้างสัมพันธภาพก่อน โดยการชวนพูดคุยในเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นมิตร รวมถึงมีการเตรียมน้ำดื่มให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หลังจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์ในประเด็นการให้ความหมายการตายอย่างสงบ และการเตรียมความพร้อมก่อนตาย

3.5.2.2 การสังเกต

ผู้ศึกษาจะเข้าไปสังเกตและเข้าไปมีส่วนร่วมในระหว่างลงเก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้ศึกษาสังเกตโดยพิจารณาจากคำบอกเล่าเรื่องราวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา การตอบคำถามว่ามีความสัมพันธ์กับอาการที่ปรากฏออกมาทางกาย การเคลื่อนไหว ท่าทาง อารมณ์ที่แสดงออกมาหรือไม่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน รวมถึงการสังเกตสภาพแวดล้อมในระหว่างที่สัมภาษณ์ ผู้ศึกษาตั้งประเด็นการสังเกตในเรื่องของการยอมรับตัวตนของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

การให้ความหมายเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ และการเตรียมตัวตายอย่างสงบ เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา สภาพจิตใจ เป็นต้น โดยผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาเขียนบันทึก และจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

ในการสังเกตปฏิกิริยาทางกายนั้น ผู้ศึกษาสังเกตได้เพียงผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารายที่ 1-4 และ 13 เนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า หากในรายที่ 5-12 เป็นการสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ทำให้ไม่สามารถสังเกตปฏิกิริยาทางกายได้ หากสังเกตได้จากน้ำเสียงในการพูดคุยเท่านั้น

3.5.2.3 การจดบันทึกและการบันทึกเสียง

การจดบันทึกและการบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วน โดยการจดบันทึกจะช่วยให้เห็นรายละเอียดของข้อมูล ประเด็นการสัมภาษณ์ การสังเกตผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาและสภาพแวดล้อม และการบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์โดยจะต้องขออนุญาตผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาก่อนถึงจุดประสงค์การศึกษา จุดประสงค์การบันทึกเสียง และต้องได้รับการยินยอมในการบันทึกเสียง และคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นสำคัญ การปิดบังอัตลักษณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา การเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลภาคสนามจากการเข้าไปสังเกต การสัมภาษณ์กับผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หลังจากผู้ศึกษา ลงภาคสนามเก็บข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้ศึกษาได้ยึดแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การเตรียมข้อมูลจากการถอดเทป การเรียบเรียงข้อมูล การลงรหัสข้อมูล และการแปลความหมายสรุปตีความข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. การเตรียมข้อมูลจากการถอดเทป การนำข้อมูลที่บันทึกได้ในการสัมภาษณ์มาถอดเป็นลายลักษณ์อักษรทุกประโยค ไม่ปิดเป็นข้อมูล โดยในการถอดบทสัมภาษณ์อาจมีการขยายความเพิ่มเติมถึงบรรยากาศของการสัมภาษณ์ การบรรยายสภาพแวดล้อม และการเขียนประเด็นจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เช่น หัวเราะ ยิ้มร่าเริง ทำนั้ง การหลบสายตา หรือ แหวดตาเศร้า เป็นต้น เพื่อให้ผู้ศึกษาไม่หลงลืมกับบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อกลับมาอ่านข้อมูลอีกครั้งสามารถจดจำรายละเอียดย่อได้ และหากการสัมภาษณ์ในครั้งแรกข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ในบางประเด็นจะได้กลับมาถามเพิ่มเติม หรือขอคำอธิบายขยายความจากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เพื่อให้เกิดความกระจ่างในข้อมูล

2. การจัดรูปแบบการเรียบเรียงข้อมูลที่ถอดจากเทป ในการถอดเทปสัมภาษณ์จะพบว่า มีข้อมูลจำนวนมาก ซึ่งผู้ศึกษาจะต้องจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่มีความใกล้เคียงกัน และสร้างเป็น ชุดข้อมูลต่าง ๆ โดยกำหนดคำ หรือประเด็นขึ้นมาให้สอดคล้องกับชุดข้อมูลที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้ศึกษาเห็นถึงความเชื่อมโยงของชุดข้อมูล และความสอดคล้องกับประเด็นที่ศึกษา โดยนักวิจัยจะพบแนวคิดและแบบแผนของข้อมูลปรากฏออกมาให้เห็น แนวคิดและความสัมพันธ์ ระหว่างแนวคิดหลายๆ ชุดที่นักวิจัยพบในแบบแผนของข้อมูลนั้นจะช่วยให้ นักวิจัยมองกลับไป ที่วรรณกรรม (กิตติพัฒน์ นนทปัทมเดช, 2550, น. 161)

3. การลงรหัสข้อมูล เมื่อผู้ศึกษาถอดเทปจากการสัมภาษณ์และได้อ่านบทวนข้อมูล หลายๆ ครั้งแล้ว ผู้ศึกษาได้ลงรหัสของข้อมูลเพื่อกำหนดความหมายของข้อมูลที่พบ การทำชุด ความหมายไปจัดเข้าเป็นหมวดหมู่ การกำหนดรหัสให้กับหมวดหมู่ที่จัดขึ้นมา โดยการลงรหัสนั้นลงได้ หลายรอบเมื่อพบประเด็นใหม่ของชุดข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงนี้จะดำเนินเรื่อยไปตลอด กระบวนการ และอาจมีการย้อนกลับมาทบทวนรหัสที่ได้ลงไปในรอบแรก ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาจะ ทบทวนให้เกิดความมั่นใจว่า การวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนสิ่งที่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาได้ให้สัมภาษณ์ ไว้อย่างครอบคลุม และไม่ตกหล่นในสาระสำคัญ

4. การสรุปตีความข้อมูล หลังจากผู้ศึกษาได้ลงรหัสของข้อมูล ขั้นตอนที่ต่อไป คือ การ แปลความหมายของข้อมูล ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เป็นขั้นตอนที่สามารถพัฒนาแนวคิดใน การจำแนกแยกแยะ และนำเสนอประเด็นหรือเสนอทฤษฎีอธิบาย เพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ ตอบวัตถุประสงค์ในการศึกษาและสร้างผลการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งขึ้นได้โดยผู้ศึกษาจะทวนข้อมูลโดย การอ่านบทสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อหาข้อสรุป และการยกประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์มา เชื่อมโยงกับหลักการ แนวคิด ทฤษฎีเพื่อมาสนับสนุนข้อสรุป

3.7 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) โดยใช้รูปแบบ วิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Method) เนื่องจากการศึกษาเชิง ปรากฏการณ์วิทยาถูกวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล คือ 1) ข้อสรุปมีข้อมูลที่กว้าง มากกว่าข้อมูลที่มีอยู่ 2) มีความลำเอียงทางวิชาการ เนื่องจากนักวิจัยให้ความสำคัญกับข้อมูลกับ บุคคลที่นักวิจัยเชื่อถือ ทั้งที่ไม่มีความเป็นตัวแทนเพียงพอ และ 3) นักวิจัยถูกกลืนเข้าไปเป็นคนในต่อ ปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้น นักวิจัยจึงต้องมีวิธีการที่นักวิจัยใช้เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (สุภาวค์ จันทวานิช, 2545)

ผู้ศึกษาใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสามเส้า เพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวม และทำการวิเคราะห์นั้นมีความถูกต้อง และน่าเชื่อถือ โดยผู้ศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง (สุภางค์ จันทวานิช, 2545; กิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2554) ดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ใช้การศึกษาจากเนื้อหาเอกสาร หนังสือ บทความวารสาร งานวิจัย รวมถึงการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องในขั้นแรกในระหว่างการสัมภาษณ์คือการทวนความในเรื่องราวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทุกครั้ง รวมถึงการสรุปข้อมูลผู้ศึกษาต้องตรวจสอบว่า ข้อสรุปของตานั้นสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่มีความเป็นตัวแทนพอหรือยัง ผู้ศึกษาได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นมากเป็นพิเศษหรือไม่ โดยในงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ซึ่งจะเป็นตัวแทนของการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงการคัดเลือกใช้การเสนอชื่อจากเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่ได้มีเรื่องของผลประโยชน์ หรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งเดียว

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้ศึกษา โดยผู้ศึกษาจะต้องตรวจสอบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากตัวนักวิจัยว่า การที่ตนเข้าไปคลุกคลีอยู่กับข้อมูลได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงอะไรต่อข้อมูลในสนามหรือไม่ มีใครมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติธรรมดาหรือไม่ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ข้อมูลมีความอ่อนแอ เนื่องจากสรุปมาจากข้อมูล “ปลอม” วิธีการป้องกันคือการอยู่ในสนามให้เพียงพอ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลอย่างแนบเนียนไม่ทำให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาตื่นตัว ดังเช่น ในงานศึกษานี้เกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องของการตาย ซึ่งเป็นประเด็นที่สร้างความกระอักกระอ่วนอยู่พอสมควร

ดังนั้น จึงได้มีการกำหนดคุณสมบัติไว้อยู่ 3 ข้อ คือ ไม่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า และไม่มีปัญหาทางด้านสติปัญญา ภาวะสมองเสื่อม และสิ่งสำคัญอีกข้อคือ ความสนใจในการให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้ศึกษาจะนำผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบข้อมูลว่าผู้ศึกษามีการวิเคราะห์เป็นกลาง ปราศจากอคติหรือไม่ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาพัฒนาปรับปรุงการวิเคราะห์ผลการศึกษา

3. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาต้องตรวจสอบว่า ข้อสรุปของตานั้นสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่มีความเป็นตัวแทนพอหรือยัง ผู้ศึกษาได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นมากเป็นพิเศษหรือไม่ โดยในงานศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ซึ่งจะเป็นตัวแทนของการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงการคัดเลือกใช้การเสนอชื่อจากเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ จึงทำให้ความสัมพันธ์ไม่ได้มีเรื่องของผลประโยชน์ หรือการได้รับข้อมูลจากแหล่งเดียว หลังจากนั้นวิเคราะห์ผลการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตีความผ่านแนวคิด ทฤษฎีที่ได้กล่าวอ้างในบทที่ 2 บรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องตรวจสอบว่าผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับงานศึกษาเรื่องใดบ้าง

3.8 จริยธรรมในการศึกษาวิจัยในคน

ในงานศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคนผ่าน Collaborative Institutional Training Initiative (CITI Program) นอกจากนั้น ผู้ศึกษาได้ทำการขอรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 2 ตามหนังสือรับรองเลขที่ 094/2563 รหัสโครงการ 105/2563 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563 และขอรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ตามหนังสือรับรองเลขที่ 31 รหัสโครงการ U001q/64 ลงวันที่ 1 เมษายน 2564 เพื่อให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความถูกต้อง และคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ผู้ศึกษาจึงปฏิบัติตามหลักจริยธรรมในการวิจัย ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล โดยผู้ศึกษาจะดำเนินการในขั้นตอนแรก คือ การขอความยินยอมจากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเพื่อลดความกดดัน หรืออิทธิพลจากการตัดสินใจเข้าร่วม โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์จะเป็นห้องนั่งเล่นสงเคราะห์ คลินิกสุขภาพจิต ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สีพระยา ซึ่งเป็นห้องส่วนตัวมีความปลอดภัย และเป็นส่วนตัวสูง โดยการขอความยินยอมหลังจากชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบจะให้อิสระแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้กลับไปตัดสินใจกับครอบครัว บุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะกลับไปถามความยินยอมอีกครั้งหนึ่ง

ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเกิดภาวะความเครียด หรือมีการตอบสนองต่อการสัมภาษณ์ในทางลบ หรืออาจมีแนวคิดในการฆ่าตัวตายหลังจากการสัมภาษณ์ เช่น มีภาวะอารมณ์เศร้า ร้องไห้ แยกตัว พฤติกรรมทางกายมีอาการเบื่ออาหาร อ่อนแรงไม่ยอมทำอะไร มีอาการปวดศีรษะ วิดกกังวล เป็นต้น สามารถโทรศัพท์ถึงผู้ศึกษาได้ หากพบว่ามีภาวะความเครียดจะส่งพบนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป

การถอดเทปสัมภาษณ์ จะมีผู้ศึกษาทำการถอดเทปเท่านั้น โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและข้อมูลส่วนตัวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา โดยจะไม่ระบุถึงตัวตน อัตลักษณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษามากนัก โดยข้อมูลส่วนตัวของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้

ในส่วนของการเก็บรักษาข้อมูล ผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลไว้ในโทรศัพท์คอมพิวเตอร์ และฐานข้อมูลออนไลน์ Google Drive โดยมีการตั้งค่าความเป็นส่วนตัวเพื่อเข้าถึงข้อมูล โดยผู้ที่รู้รหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลจะมีเพียงผู้ศึกษาเพียงคนเดียว ในการเก็บข้อมูลจะเก็บเป็นระยะเวลา

6 เดือน หลังจากตีพิมพ์ผลงานวิจัยหลังจากนั้นจะทำการลบฐานข้อมูลทั้งหมด ไม่สามารถกู้คืนข้อมูลใดๆ ได้

2. หลักคุณประโยชน์ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาจะไม่ได้รับความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ต่อทรัพย์สิน หรืออันตรายทางกฎหมาย โดยการวิจัยในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ การวางแผน และการเตรียมตัวในด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจของตนเองในปัจจุบันและในอนาคต เพื่อให้เกิดการยอมรับต่อความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ และการเขียนความต้องการของตนเองลงในสมุดเบาใจหรือทำหนังสือแสดงเจตนาของตนเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การบอกกล่าวกับญาติหรือบุคคลใกล้ชิดทราบ

ในการวิจัยครั้งนี้อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ หากในระหว่างการเก็บข้อมูลมีข้อคำถามที่สร้างความสับสนใจให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา สามารถที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ในทันที โดยข้อมูลที่เก็บก่อนหน้านี้จะไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล การชี้แจงถึงการเก็บรักษาความลับ การปิดบังอัตลักษณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ จะใช้นามสมมติแทน

3. หลักความยุติธรรม ผู้ศึกษามีการตั้งเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาอย่างชัดเจน โดยการคัดเลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษานั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หลังจากให้ข้อมูลเป็นที่เรียบร้อยแล้วจะให้อิสระในการตัดสินใจแก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาในการปรึกษากับครอบครัว บุคคลรอบข้างเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยจะให้เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา (Information Sheet) กลับไปที่บ้านด้วย

ในกรณีผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา หรือครอบครัวมีคำถามเพิ่มเติมสามารถติดต่อผู้ศึกษา ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด การตอบข้อสงสัยต่างๆ ก่อนลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent Form) หรือเมื่อผู้ศึกษาพิจารณาถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา อาจยกเว้นการให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษากล่าวก่อนสัมภาษณ์ว่า “ได้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลแล้ว และเข้าใจดี” จึงยินยอมให้สัมภาษณ์พร้อมบันทึกเสียง

3.9 การนำเสนอข้อมูล

การนำเสนอผลการศึกษานี้ ผู้ศึกษาใช้วิธีการพรรณนาวิเคราะห์ (Analysis Descriptive) โดยการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมกับการวิเคราะห์ตีความควบคู่ ซึ่งมีการนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

บทที่ 1 บทนำ มีข้อมูลที่มาและความสำคัญของปัญหา มูลเหตุจูงใจในการศึกษา คำถาม การศึกษา วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขอบเขตในการศึกษา นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา และประโยชน์ที่ได้รับ

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นส่วนที่มาจากการค้นคว้า และ ทบทวนแนวคิดทฤษฎี รวมถึงงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายถึงวิธีการศึกษา การคัดเลือกกลุ่ม ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา พื้นที่ในการศึกษาและระยะเวลา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การเก็บรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมในการศึกษา

บทที่ 4 การให้ความหมายการตายอย่างสงบผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) จุดเริ่มต้นของการดูแล 3) ความสัมพันธ์ที่พ่วงด้วยการดูแล 4) พินิจความตายผ่านประสบการณ์การดูแล และ 5) การให้ความหมายการตายผ่าน ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา

บทที่ 5 การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ ประกอบด้วย 1) การ กำหนด หรือเตรียมการเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุ และ 2) การเติมเต็มก่อนที่จะจากลา

บทที่ 6 บทส่งท้าย ประกอบด้วย 1) สรุปผลการศึกษา 2) อภิปรายผลการศึกษา และ 3) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

บทที่ 4

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุในการดูแลและการเผชิญการสูญเสีย

การศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา” ใช้วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายการตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ การศึกษานี้ทำการสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุบางรัก ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย เช่น การร่วมพิธีศพ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การปฏิบัติงานใกล้ชิดกับความตาย หรือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายทางด้านต่างๆ

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเรื่องราวของผู้สูงอายุตั้งแต่อดีต จนกระทั่งปัจจุบันเพื่อถ่ายทอดเรื่องราวออกมาให้เห็นปรากฏการณ์นั้นๆ กับระบบสถานะแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยผู้ศึกษาจะไม่นำความคิด ความเชื่อเข้าไปครอบงำเรื่องราวประวัติชีวิตของผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ทว่าจะยอมรับในความเชื่อและระบบคิด เนื่องจากบุคคลที่เล่าเรื่องราวของตนเป็นผู้อธิบายได้ดีกว่าโดยผู้ศึกษาได้ทำความเข้าใจเรื่องราวเหล่านี้กับผู้สูงอายุจำนวน 13 ราย โดยชื่อของผู้สูงอายุที่ปรากฏในการวิจัยนี้เป็นนามสมมติ

ในบทนี้ผู้ศึกษาจะถ่ายทอดเรื่องราวของผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บป่วย ระหว่างเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต เพื่อให้เห็นถึงจุดเริ่มต้นของการดูแล และการเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความหมายการตายอย่างสงบผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
- 4.2 พินิจความตายผ่านประสบการณ์การดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก
- 4.3 การให้ความหมายการตายผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในการศึกษาเรื่อง “การเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุสู่การตายอย่างสงบ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา” ทั้ง 13 รายเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุบางรัก ศูนย์บริการสาธารณสุข 23 สี่พระยา ที่เข้าร่วมกิจกรรมภายในชมรมมากกว่า

4 ครั้ง/ปี ในส่วนนี้ผู้ศึกษาขอนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุพอสังเขปเพื่อให้รู้จักและเข้าใจ การให้ความหมายการตายของผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตาย เช่น ประสบการณ์ การเข้าร่วมพิธีศพ ประสบการณ์ของการดูแลและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

4.1.1.1 เพศและอายุ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ จำนวน 13 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่ให้ สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 12 ราย และเป็นเพศชายจำนวน 1 ราย ผู้สูงอายุส่วนมาก อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 7 ราย คือ ป้าลินนา ป้ารุจี ป้าอาภา ป้าพรฟ้า ป้าอรทัย ป้ามะลิ และ ป้านภา รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี จำนวน 6 ราย คือ ป้ามาลิน ป้าผกาย ป้าลดา ป้าสุณี ป้าประภา และลุงประภาส โดยผู้สูงอายุมีอายุมากที่สุด คือ 79 ปี คือ ลุงประภาส และอายุน้อยที่สุด คือ 63 ปี คือ ป้าลินนา

4.1.1.2 ด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการศึกษา สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ผู้สูงอายุ ศึกษาจบระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด คือ ป้ารุจี ป้าประภา ป้าลินนา ป้าลดา และป้าพรฟ้า รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือ ป้ามะลิ ป้าผกาย และลุงประภาส รองลงมาจบระดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรืออาชีวศึกษา คือ ป้าอาภา ป้าอรทัย และป้านภา รองลงมา คือ ระดับอนุปริญา คือ ป้าสุณี และระดับปริญญาตรี คือ ป้ามาลิน โดยป้ามาลินมีความสามารถ ด้านภาษา สามารถพูดได้สี่ภาษา คือ ภาษาไทย ภาษาจีน ภาษาอังกฤษ และภาษาฝรั่งเศส ทางด้านของผู้สูงอายุรายอื่นๆ พบว่า ป้าอาภา ป้ารุจี ป้าประภา ป้าลินนา ป้ามะลิ ลุงประภาส ป้าสุณี ป้าพรฟ้า และป้านภาสามารถพูดภาษาจีนได้เนื่องจากครอบครัวเป็นคนไทยเชื้อสายจีน หรือบางราย พักอาศัยอยู่ในพื้นที่บางรัก ซึ่งเป็นพื้นที่ของคนไทยเชื้อสายจีนทำให้ซึมซับในเรื่องของภาษาจีน

4.1.1.3 ด้านความเชื่อและการปฏิบัติในทางศาสนา

ผู้สูงอายุทั้ง 13 ราย นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ของผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ยกเว้นครอบครัวของป้าสุณีที่บุตรสาวและบุตรชาย นับถือศาสนาคริสต์ ทางครอบครัวของป้าสุณีในช่วงแรกไม่สามารถยอมรับได้ หากมารดาของป้าสุณี ได้กล่าวว่า ทุกศาสนาสอนให้ทุกคนเป็นคนดี ดังนั้น ป้าสุณีและสามีจึงทำใจยอมรับในการเปลี่ยน ศาสนาของบุตรทั้งสองได้ รวมถึงการเข้าโบสถ์เพื่อเข้าไปดูพิธีกรรมทางศาสนาว่าแตกต่างจากหลักของ พุทธศาสนาอย่างไร ทางด้านของผู้สูงอายุรายอื่นๆ เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอยู่เป็นประจำ เช่น การทำบุญ การฟังเทศน์ การปฏิบัติธรรม หรือการทำงานบำรุงศาสนา รวมถึงการยึดหลักคำสอนทาง

ศาสนา มาปรับใช้ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในระยะเริ่มเจ็บป่วย ระยะระหว่างเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต

4.1.1.4 ที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นลักษณะของครอบครัวใหญ่ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น ลุง ประภาส ปัสสฤณี ป้าลดา ป้าอรัญ และป้าภา ผู้สูงอายุบางรายอาศัยอยู่กับบุตร หรือลูกสะใภ้/ลูกเขย ดังเช่น ป้าประภา ป้าลินนา ป้ามะลิ ป้าผกาย และป้าพรฟ้า ในบางรายอาศัยอยู่กับพี่น้อง ดังเช่น ป้าอาภา และป้ารุจี และบางรายเลือกที่จะอาศัยอยู่คนเดียว เช่น ป้ามาลิน

4.1.1.5 ลักษณะการอยู่อาศัย

การอยู่ในครอบครัวใหญ่มีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดในด้านของประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวใหญ่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การพาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย และการให้กำลังใจเมื่อมีสมาชิกคนหนึ่งเจ็บป่วยจะสามารถปลัดกันดูแลได้ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกและลูกสะใภ้/ลูกเขยจะได้รับการดูแลเป็นเรื่องของเงินจากลูกอีกคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน จะมีบ้างที่ลูกที่อาศัยอยู่ด้วยกันคอยให้เงินแต่ไม่ได้มีเวลาว่างในการมาดูแลเพราะต้องทำงาน เมื่อต้องไปหาหมอ หรือเข้าร่วมกิจกรรมจะชักชวนเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน หรือเพื่อนข้างบ้าน ในบางรายลูกจะคอยมาหาเมื่อถึงวันหยุด พาไปเที่ยวในโอกาสสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกเหงา หรือรู้สึกโดดเดี่ยวเนื่องจากผู้สูงอายุมักจะเข้าสังคม ไปพบปะเพื่อนฝูงอยู่เสมอ

4.1.1.6 ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ

ในงานศึกษานี้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง คือ ป้ารุจี ป้าลินนา ป้าผกาย และป้าลดาเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง หากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยผู้สูงอายุที่เหลือโดยส่วนมากมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง กระเพาะอาหารและภูมิแพ้ทางอากาศ สุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่ได้ส่งผลหรือเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัว ยังคงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เป็นอย่างดี เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุประจำเดือน การเข้าร่วมฝึกอาชีพกับศูนย์สร้างสุขทุกวัย การเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญทางศาสนา รวมถึงการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางราย เช่น ป้าพรฟ้ามีปัญหาด้านสุขภาพที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดหัวใจ สามารถดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตได้เป็นอย่างดี

4.1.1.7 ด้านการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตาย หรือดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้สูงอายุทุกคนเคยเข้าร่วมงานศพ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่เป็นคนใกล้ชิดและไม่ได้ใกล้ชิด อย่างเช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ญาติ เป็นต้น จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 10 รายมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักของตนเองจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย คือ ลุงประภาส ปัสสฎิ และป้าอรัญ มีประสบการณ์ในการดูแลภรรยา/สามีที่เจ็บป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

4.1.2 จุดเริ่มต้นของการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก

ก่อนที่จะเข้าสู่การให้ความหมายการตายอย่างสงบและการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาขออธิบายให้เห็นถึงประเภทของครอบครัวผู้สูงอายุ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุในแต่ละราย ที่มีจุดร่วมเหมือนกันในเรื่องของประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักก่อนเสียชีวิต หรือผู้สูงอายุบางรายที่ในปัจจุบันยังคงดูแลบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ และมีจุดที่แตกต่างกันในเรื่องของการดูแลและระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการให้ความหมายการตายผ่านประสบการณ์ของตนเองที่แตกต่างกัน

4.1.2.1 ประเภทของครอบครัว

ครอบครัวของผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้ สามารถแบ่งตามประเภทครอบครัวออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว และ 2) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว ในงานศึกษานี้ สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร ลูกสะใภ้/ลูกเขย ที่คู่สมรสเสียชีวิตมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติ หรือพี่น้อง ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร ลูกสะใภ้/ลูกเขยที่คู่สมรสเสียชีวิต การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุลักษณะดังกล่าวมีแบบแผน คือ ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่บ้านตามลำพัง ในช่วงเวลากลางวันเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวออกไปทำงาน และเมื่อกลับจากทำงานไม่มีเวลาในการพูดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกัน การแสดงความรักจะนานๆ ครั้ง โดยส่วนมากบุตรและลูกสะใภ้/ลูกเขยจะสนับสนุนการดูแลเป็นเรื่องของปัจจัยทางด้านเงินมากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย เช่น การบอกรัก การกอด เมื่อต้องไปพบแพทย์ตามนัดหมาย หรือ ออกไปทำกิจกรรมทางสังคมจะต้องชวนเพื่อนสูงอายุไปด้วยกัน หรือไปเพียงลำพัง สมาชิกในครอบครัวไม่มีเวลาว่างในการมาดูแลเท่าที่ผู้สูงอายุต้องการ ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ยังคงชอบเข้าสังคม ทำกิจกรรมทางสังคมอยู่เสมอ

เนื่องจากหากอยู่บ้านตามลำพังจะเกิดความเหงา จึงมักจะชวนกันไปทำกิจกรรมอยู่เสมอ เช่น ป่าประภา ป่าลินนา ป่ามะลิ ป่าผกาย และป่าพรฟ้า ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความสุขของเรา คือ การออกมาเจอเพื่อนๆ ช้างนอก เพราะลูกแต่ละคนเขาก็ไม่ได้อยู่กับเรา ลูกเขาก็บอกถ้าแม่มีเพื่อนเยอะๆ ก็ดีอะ เขาก็ไม่ได้ดูแลเราใช้ไหม มีแต่โทรศัพท์มาพูดคุย ถ้ามาเจอเพื่อนๆ แต่ละคนที่รู้จักก็โอเค มาทำกิจกรรมในชมรม มันก็มีความสุข” (ป่าลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

“เราอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ เราก็ทำกิจกรรม สอนพวกผู้สูงอายุ การสอนเนี่ยช่วยให้จิตใจเราไม่นึกถึงอะไรที่ว่ามันเป็นเรื่องเศร้า ไม่คิดถึง หรือไปมองคนอื่นในแง่ลบ เราจะมองคนอื่นในแง่บวก” (ป่าผกาย, สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2564)

1.2 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลานอยู่ในครอบครัวเดียวกัน รวมถึงญาติพี่น้องของฝั่งสามี หรือภรรยาอยู่ร่วมด้วย สมาชิกในบ้านจะมีการส่งเสริมและสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุจะเปรียบเสมือนกับพระในบ้าน ที่ทุกคนให้ความเคารพ รัก และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี มักมีกิจกรรมในเวลาว่างร่วมกันเสมอ เช่น ไปเที่ยวต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ สนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและศาสนาให้แก่ผู้สูงอายุ การไปรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์เพื่อรับยาโรคประจำตัว อีกทั้งมีการแสดงความรักกันอยู่เป็นประจำ เช่น การบอกรัก การกอด เป็นต้น เช่น ลุงประภาส ป่าสุณี ป่าลดา และป่าอรทัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้เราไม่เดือดร้อน เราทำอะไรก็ได้ เราอยากจะทำอะไรเราก็ทำได้ ซื้ออะไรก็ได้ อย่างช่วงสงกรานต์ที่ผ่านมาลูกก็ไปกันหมดเลยนะ ขับรถ 2 คันไปภูเก็ เขาเอาแม่ไปด้วย ไปพักภูเก็ 2 คืน พักสุราษฎร์คืนหนึ่ง ไปกันทั้งครอบครัวเลย มันอาจจะไม่ต้องรวยมากแต่มันมีความสุข” (ลุงประภาส, สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2564)

“ลูกสาวมาพักอยู่ด้วยศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ แล้วก็ยังมีบ้างที่พาเราไปทำบุญ 9 วัด บางทีพาไปต่างจังหวัดไปทำบุญ เขารู้ว่าเราชอบทำบุญ เพราะตอนเด็กๆ แม่ชอบพาเข้าวัด ลูกสาวเห็นว่าเราดูแลคนทั้งบ้านเหนื่อยเขาก็จะหาเวลามาดูแลเรา พาเราไปเที่ยวคะ” (ป่าสุณี, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

1.3 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติ หรือพี่น้อง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะอาศัยอยู่กับพี่น้องหรือญาติของตนเอง โดยส่วนใหญ่พบว่า มีสถานภาพโสด ในบางรายคู่สมรสเสียชีวิต จึงตัดสินใจมาอยู่กับพี่น้อง เนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระให้แก่บุตรของตนเอง และในบางรายอย่าง ป้ารุจิที่ตัดสินใจมาอยู่กับพี่สาวเพราะสามีเคยทำร้ายร่างกายในอดีต จึงตัดสินใจเลือกจะอยู่คนเดียวในตอนแรกและภายหลังจึงตัดสินใจมาอยู่กับพี่สาวและทำธุรกิจร้านอาหารร่วมกัน ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีลักษณะช่วยเหลือตนเองได้ดี ยังคงทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพอยู่ อีกกรณีที่คล้ายคลึงกัน คือ ป้าอาภา

ที่อาศัยอยู่กับพี่ชายทั้งสองคน และดูแลธุรกิจของที่บ้านเพราะยังรู้สึกว่าคุณภาพแข็งแรงและรู้สึกดีที่ได้ประกอบอาชีพเพราะตนจะไม่เหงา และบางรายยังคงทำกิจกรรมทางสังคม อาสาสมัครตามโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำดังเช่นป่านภา โดยป่านภาจะมีรายได้มาจากเงินเก็บของตนเองและหลานคอยช่วยเหลือทางด้านเงินเป็นครั้งคราว ดังคำกล่าวว่า

“ตอนนี้ก็เช่าห้องอยู่กันสองคนพี่น้อง ตอนเช้ามาก็ไปเปิดร้านอาหารแบ่งหน้าที่กันทำ พี่เตรียมของ พี่สาวก็เป็นคนทำ พอตกเย็นเขาก็ไปรับจ้างเป็นแม่บ้านต่อต่างคนต่างดูแลตัวเองเรื่องอาหารการกินก็ต่างคนต่างกินมื้อเย็น ใครอยากกินอะไรก็ซื้อมากิน” (ปารุจิ, สัมภาษณ์, 27 พฤษภาคม 2564)

“เราก็อยู่บ้านเดียวกัน แต่ไม่คุยกัน เรื่องธุรกิจก็ทำกับพี่ชายคนโต แต่เราจะเป็นหลัก เราทำมาตั้งแต่พ่อกับแม่เรายังไม่ตาย ตอนหลังพี่ชายคนโตก็มาช่วยทำ แต่พี่ชายคนที่สองเนี่ยไม่เคยช่วยทำ ติดแต่ผู้หญิง เราไม่อยากคุย เจอกันก็ด่ากันตลอด เขาเห็นแก่ตัวกับเราตลอด คุยไปก็เท่านั้น” (ป่านภา, สัมภาษณ์, 17 พฤษภาคม 2564)

“เวลาพี่มาหาหมอลานชาย ลูกน้องสาวเขาจะอาสามาส่ง ถ้าเขาไม่ว่างพี่ก็จะมาเอง หรือบางทีน้องสาวพี่มาหาหมอ มันไม่ได้นัดตรงกับของพี่ไป แต่ส่วนใหญ่ที่จะอาสามาส่ง จะมาเป็นเพื่อนน้องสาว เพราะพี่ก็ถือโอกาสมาทำอาสาสมัครที่โรงพยาบาลด้วยเลย” (ป่านภา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2564)

2. ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เป็นโสดอาศัยอยู่ตามลำพัง คือ ป๋ามาลิน เหตุผลมาจากป๋ามาลินชื่นชอบชีวิตที่มีความอิสระ ไม่ชอบใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นถึงแม้บุคคลดังกล่าวจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากตนเองอยู่กับมารดาสองคนมาตลอด มีบ้างที่ญาติพี่น้องมาเยี่ยมเยียน แต่หลังจากมารดาเสียชีวิตตนเองก็ยังคงเลือกจะอยู่คนเดียว ถึงญาติจะชวนไปอยู่ด้วยแต่ก็ปฏิเสธไป เพราะมีความสุขกับการอยู่คนเดียวมากกว่า ป๋ามาลินให้คำนิยามของการเป็นครอบครัวว่าครอบครัวไม่จำเป็นต้องอยู่ร่วมกัน หากเรายังคงรู้สึกผูกพัน ช่วยเหลือกันบ้างก็คือครอบครัว ดังนั้นการให้คำนิยามครอบครัวของป๋ามาลินจึงไม่ได้ผูกมัดว่าจะต้องอยู่ร่วมกัน อีกหนึ่งเหตุผลอาจเป็นเพราะป๋ามาลินมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จึงไม่ได้รู้สึกลำบาก หรือต้องพึ่งพิงครอบครัวมากนัก การอยู่คนเดียวจึงเป็นเรื่องที่ไม่ยากสำหรับป๋ามาลิน ดังคำกล่าวว่า

เราเป็นคนแก้วัยชรา เราต้องทำตัวให้มีความสุข ไม่เป็นภาระของคนอื่น เขาเรียกเราไปเที่ยว เราบอกไม่ไปไม่ได้ สมมติหลานชวนไปเที่ยว เราก็ไป เราก็ให้เงินหลานบ้าง คือ ต้องทำตัวให้ไม่เป็นภาระ เขาเรียกเราไปกิน เราก็ไปกิน เขาเรียกเราไปเที่ยวถ้าว่างเราก็ไป แต่พอเขาชวนเราไปอยู่ด้วย เพราะเขาเป็นห่วงเราก็รีบบอกเลยว่าเราไม่ไป

เราชอบอยู่คนเดียว มันชินไปแล้วกับการอยู่คนเดียว มันไม่ต้องอยู่ด้วยกันก็ได้ สมัยนี้
นัดเจอกันก็ได้ โทรศัพท์หากันได้ (ป๋ามาลิน, สัมภาษณ์, 11 กันยายน 2564)

จะเห็นได้ว่า ประเพณีของครอบครัวของผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบ
ซึ่งเกิดจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ทักษะคิดในการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง
ไปจากในอดีต รวมถึงการพึ่งพาเทคโนโลยีในการสร้างความสัมพันธ์กับลูกหลานที่อยู่ไกลบ้าน ปัจจัยที่
กล่าวมาข้างต้นส่งผลต่อโครงสร้างของครอบครัวและสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยประเพณีของ
ครอบครัวจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวนั้นๆ ในการตัดสินใจ ในผู้สูงอายุบางรายมี
ค่านิยมมาจากวัฒนธรรมจีนที่จะอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ในบางรายมีปัญหาในเรื่องความรุนแรง
ในครอบครัวจึงเลือกที่จะอยู่กับญาติพี่น้องมากกว่าคู่สมรส หรือบางรายคู่สมรสเสียชีวิตจึงต้องอาศัย
อยู่กับญาติหรือลูกหลาน บางรายมีค่านิยมสมัยใหม่ในการอาศัยอยู่คนเดียวเพราะรักในความอิสระ

4.1.1.3 สัมพันธภาพภายในครอบครัว

สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึง
ระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกภายในครอบครัว ผู้ศึกษาพบว่า สามารถจำแนก
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ คือ ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพระดับดีกับครอบครัว
มากที่สุด รองลงมาคือมีสัมพันธภาพระดับห่างเหิน และสัมพันธภาพระดับขัดแย้ง ดังนี้

1. สัมพันธภาพระดับดี ผู้สูงอายุและสมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์
ต่อกันอย่างสม่ำเสมอ สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้ หากมีเรื่องของความขัดแย้งเกิดขึ้น
ในการสนทนาก็มีการจัดการเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ มีการแสดงความรัก ความห่วงใยให้กันอยู่เสมอ
สามารถเปิดเผยความรู้สึกให้แกกันได้เสมอ และสามารถช่วยเหลือพึ่งพาได้ยามที่ผู้สูงอายุเดือดร้อน
หรือต้องการความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมทางสังคม เช่น ป่ารุจี ป่าลินนา
ป่าผกาย ลุงประภาส ป่าสุณี ป่าลดา ป่าอรัญ และป๋ามาลิน

2. สัมพันธภาพระดับห่างเหิน จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ที่มีระดับ
ห่างเหิน ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่กับบุตร และลูกสะใภ้/ลูกเขย จะอยู่บ้านตอนกลางวันเนื่องจากบุตรต้อง
ไปทำงาน เช่น ป้าประภา ป้ามะลิ และป้าพรฟ้า สัมพันธภาพของป้าประภา ป้ามะลิ และป้าพรฟ้า
มีปฏิสัมพันธ์กันน้อย เนื่องจากช่วงระยะเวลาการดำเนินชีวิตที่ไม่ตรงกัน เมื่อมีการพูดคุยจะเป็น
การพูดคุยในเรื่องทั่วไป ไม่ค่อยมีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน หากเมื่อแสดงความคิดเห็นและ
เมื่อเห็นต่างจะเกิดความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้ง ไม่ค่อยแสดงความรักต่อกันมากนัก ในด้านการ
สนับสนุนช่วยเหลือ มักจะสนับสนุนเป็นเรื่องของปัจจัยทางด้านการเงินมากกว่าการดูแล หรือใน
บางรายอย่างป้าประภา ยังคงให้เงินบุตรและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในบ้านอยู่ เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ
ค่ากับข้าว

3. สัมพันธภาพระดับทะเลาะ/ขัดแย้ง ปัญหาความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้เกิดมาจากการเลือกปฏิบัติของบิดาและมารดาที่มีต่อลูกไม่เท่ากัน เป็นผลมาจากค่านิยมของการเลี้ยงดูบุตรของคนจีน ที่ให้ความสำคัญกับลูกชายมากกว่าลูกสาว หลังจากมารดาและบิดาเสียชีวิตลงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องเกิดความขัดแย้ง ไม่ลงรอย ดังเช่น ป้าอาภา หรือกรณีของป้านากับปัญหาในเรื่องของทรัพย์สินจากการที่พี่ชายเสียชีวิตและไม่ได้ทำพินัยกรรมในการแบ่งมรดกไว้ทำให้พี่น้องและครอบครัวฝั่งพี่ชายเกิดความคับข้องใจ รู้สึกไม่เป็นธรรมและแย่งผลประโยชน์กัน

ผู้ศึกษาพิจารณาว่า ระดับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามพื้นฐานของครอบครัว ในผู้สูงอายุบางรายมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันได้ ในบางรายมีความสัมพันธ์ห่างเหินเนื่องจากบุตรหลานไม่มีเวลาในการดูแลเพราะต้องทำงาน หรือในผู้สูงอายุบางรายมีความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกัน ซึ่งระดับความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการให้ความหมายการตายของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมักจะยอมรับในเรื่องของการจากลา และพูดคุยในเรื่องของความตายได้ดีกว่า ดังเช่น กรณีของลุงประภาสที่ต้องดูแลภรรยาจากการป่วยเป็นอัมพาตจนถึงปัจจุบัน สะท้อนถึงความรู้สึกที่ต้องดูแลว่า

“เราทำด้วยความสบายใจ ความเต็มใจ ทำด้วยความรักแหละ เราก็เห็นใจเขาที่เขาลำบากตลอด พอลูกหลานโตก็ก็ช่วยกันทำ (ช่วยดูแล) เยอะแยะเลย ” (ลุงประภาส, สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2564)

กรณีของป้าลดาที่สูญเสียมารดาจากโรคความดันโลหิต และบิดาจากโรคตับที่สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดคุยในเรื่องของการตายได้อย่างเปิดเผย มีการวางแผนระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยในการวางแผนการรักษาโดยปฏิเสธการรักษาโดยยื้อชีวิต และการจัดเตรียมพิธีศพของตนเอง

“ถ้าแม่เจ็บป่วยอะไรไม่ต้องยื้อนะ ถ้าจะตายให้ตายไปเลย แล้วก็เวลางานศพก็ห้ามเซ่นไหว้นะ” (ป้าลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

ในขณะที่ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ห่างเหินกัน มักจะหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยในเรื่องของความตายเพราะไม่พร้อมเผชิญกับภาวะการจากลาของบุคคลอันเป็นที่รัก ดังเช่น กรณีของป้าพรฟ้าที่สูญเสียสามีจากโรคไต ซึ่งป้าพรฟ้ามีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามีเป็นอย่างมาก เปรียบเสมือนเพื่อนคู่คิดกันมาโดยตลอด จนกระทั่งวันที่สามีล้มป่วยลง ป้าพรฟ้าจึงกลายมาเป็นผู้ดูแลหลักหากลูกๆ ของป้าพรฟ้าไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษากับป้าพรฟามากนักเพราะต้องทำงาน และป้าพรฟ้าไม่กล้ารบกวนลูกๆ ทำให้การพูดคุยในเรื่องของการตายเป็นอุปสรรค ถึงแม้สามีจะยอมรับ

การเจ็บป่วยของตนเอง หากป่าพรฟ้ากลับพยายามทำทุกวิธีที่จะยื้อชีวิตสามิไว้ให้นานที่สุด เช่น การเลือกโรงพยาบาลเอกชนเพราะอยากให้สามิได้รับการที่ดีที่สุด

“โอ้โฮ ตอนนั้นเขา (สามิ) นอนเป็นเดือนนะ นอนคริสเตียนกันนาน ทีนี้เราไม่ไหวเราก็เลยย้ายจากโรงพยาบาลคริสเตียน มาโรงพยาบาลกลาง ก็ไปนอนที่นั่นแทน ” (ป่าพรฟ้า, สัมภาษณ์, 11 กันยายน 2564)

สำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกับครอบครัว ดังเช่น ป้าอากา กลับมีความรู้สึกคาดหวังให้บุคคลอื่นเป็นที่รักมีชีวิตอยู่กับตนเองให้นาน ถึงแม้จะมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสมาชิกในครอบครัว หากป่าอากามีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาจึงเป็นผู้ดูแลหลักให้แก่มารดา ถึงแม้จะมีความคับข้องใจว่าทำไมต้องเป็นตนเองในการดูแลไม่เป็นพี่ชายก็ตาม หากป่าอากามองว่าการดูแลมารดาในครั้งนี้คือการได้ตอบแทนบุญคุณจึงรับหน้าที่ดูแลหลัก อีกทั้งระดับความสนิทสนมที่มีต่อมารดาทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากจากลา การพูดคุยในเรื่องของการตายจึงเป็นเรื่องยากและเลี่ยงที่จะพูดถึงการตาย หรือหากหลีกเลี่ยงไม่ได้จะพูดคุยให้น้อยที่สุดและพยายามเปลี่ยนเรื่องคุย

“มาช่วงที่แม่ใกล้ตาย บอกแม่อย่าไปเลยให้ฉันตายก่อนเถอะ ยังบอกแม่เลย แม่บอกไม่ได้ก็งานนี้เธอต้องดูแลแทนฉัน เธอต้องเข้มแข็งต่อไป ” (ป่าอากา, สัมภาษณ์, 17 พฤษภาคม 2564)

ดังนั้น การอยู่ในสัมพันธภาพที่แตกต่างกันและประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้สูงอายุในบทบาทที่แตกต่างกันออกไปย่อมมีผลต่อการให้ความหมายและมุมมองในการพูดคุยเรื่องความตาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบแตกต่างกันออกไป ในบางครอบครัวสามารถพูดได้อย่างเปิดเผย และบางครอบครัวไม่สามารถพูดคุยได้ ซึ่งจะกล่าวถึงในลำดับต่อไป

4.1.3 ความสัมพันธ์ที่พัวด้วยการดูแล

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทั้งหมด ซึ่งแต่ละครอบครัวมีรูปแบบในการดำเนินวิถีชีวิตแตกต่างกันออกไป สัมพันธภาพระดับที่ต่างกัน รวมไปถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันส่งผลต่อบทบาทในการดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก ดังนั้น ความสัมพันธ์ของครอบครัวจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วย ดังเรื่องราวของผู้สูงอายุในครั้งนี้มีจุดร่วมเช่นเดียวกันในเรื่องของ “การดูแลบุคคลในครอบครัว” โดยผู้สูงอายุบางรายมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพียงรายเดียว ในบางรายมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลายราย เช่นการดูแลบิดาหรือมารดา และดูแลคู่สมรสของตนเองร่วมด้วย จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและบุคคลที่ต้องดูแลมี 3 ความสัมพันธ์ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมากที่สุด รองลงมาความสัมพันธ์ระหว่างบุตร

ที่ต้องดูแลบิดาหรือมารดา และความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและภรรยาที่ต้องดูแลบิดาหรือมารดาและคู่สมรส โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยคนใดคนหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแล และหากในกรณีที่บิดา หรือมารดาไม่ได้ดูแล หรือไม่มีบุตร หลานให้การดูแล หน้าที่การดูแลจะตกแก่คู่สมรส ซึ่งบทบาทของคู่สมรสจะมีบทบาทในการดูแลซึ่งกันและกันในยามเจ็บป่วย ดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยจากลาอย่างสงบ ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) บทบาทของภรรยาในการดูแลสามี และ 2) บทบาทของสามีในการดูแลภรรยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทบาทของภรรยาในการดูแลสามีพบว่า การล้มป่วยของสามีซึ่งในบางครอบครัวสามีมีบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว สร้างผลกระทบให้แก่สมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างมาก ซึ่งทำให้ภรรยาที่เป็นคู่ชีวิตต้องมีบทบาทของการดูแล รวมถึงการก้าวเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้นำครอบครัวร่วมด้วย เช่น ป้ารุจิ ป้าอรัญและป้าพรฟ้า ในขณะที่ป้าประภา ป้ามะลิ มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวก่อนที่สามีจะเจ็บป่วยและเสียชีวิต และป้าภายที่มีส่วนร่วมกับสามีในการผลักดันเป็นผู้นำครอบครัว ในที่นี้ผู้วิจัยจะขอยกกรณีตัวอย่างของป้าอรัญที่ต้องขึ้นมาเป็นผู้นำครอบครัวหลังจากสามีเจ็บป่วย ป้าประภาที่เป็นผู้นำครอบครัวแต่เดิมก่อนที่สามีจะเจ็บป่วย และป้าภายที่มีส่วนร่วมกับสามีในการผลักดันเป็นผู้นำครอบครัว ดังรายละเอียดดังนี้

กรณีของป้าอรัญซึ่งในปัจจุบันรับหน้าที่หลักในการดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ในอดีตสามีของป้าอรัญเป็นผู้นำครอบครัว ภายหลังจากที่สามีเจ็บป่วย การดูแลสมาชิกในครอบครัวตกแก่ป้าอรัญ ทำให้ช่วงแรกของการดูแลมีความเหน็ดเหนื่อย และต้องปรับตัว หากป้าอรัญได้รับความช่วยเหลือจากบุตรเป็นอย่างดีในการช่วยดูแล ดังที่ป้าอรัญเล่าให้ฟังว่า

“ลูกชายก็ขับรถไปส่งหาหมอ ไปส่งแล้วเขาก็กลับก่อน เพราะมันนานนะคะ เสร็จเรียบร้อยแล้วก็โทร เขาก็ไปรับเรา ส่วนลูกสาวก็ช่วยเหมือนกันเขาดูแลร้านจิ๋วเวอรี่ แพนเขาก็ทำงานข้างนอก แล้วก็หลาน พวกเราก็ดูกันเอง” (ป้าอรัญ, สัมภาษณ์, 11 กันยายน 2564)

ในกรณีของป้าอรัญ ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่า การดูแลในช่วงแรกของป้าอรัญมีความเหน็ดเหนื่อย เนื่องจากต้องรับภาระในหลากหลายบทบาท เช่น บทบาทของภรรยา บทบาทของมารดา และเจ้าของธุรกิจ ซึ่งป้าอรัญต้องการให้ทุกบทบาทออกมาดีที่สุด เพื่อสร้างครอบครัวที่อบอุ่นตามที่ป้าอรัญคาดหวัง ซึ่งทำให้ป้าอรัญกดดันและรู้สึกเหนื่อยล้าในช่วงแรก ซึ่งความคิดของป้าอรัญอาจได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดของชายเป็นใหญ่ และวัฒนธรรมของสังคมจีน ที่ผู้หญิงจะต้องมีบทบาทในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย และการดูแลสมาชิกในครอบครัว

ทำให้ป้าอภัยพยายามที่จะปรับตัวไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่สามารถละทิ้งแต่ละบทบาทได้ หากป้าอภัยสามารถทำบทบาทแต่ละบทบาทออกมาได้อย่างดีเพราะความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวที่สมาชิกทุกคนคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ อีกทั้งฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับดีส่งผลให้ป้าอภัยได้รับการสนับสนุนในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ และลดความเครียดในเรื่องของค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว และการดูแลสามีที่เจ็บป่วยลงไปได้พอสมควร

ทั้งนี้การดูแลบุคคลอื่นที่รักที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยเรื้อรังเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และการเข้าถึงสังคมของผู้ป่วย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว หรือบทบาทที่ต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวเป็นบทบาทของการถูกดูแลแทน ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตัวเองให้อยู่กับอาการป่วยได้ เพราะว่าอาการเจ็บป่วยคือการอยู่กับความไม่แน่นอน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทราบได้เลยว่าความเจ็บป่วยจะสิ้นสุดเมื่อใด อาการของโรคจะกำเริบในระยะเวลาใด ดังนั้นแล้วผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องเตรียมความพร้อมอยู่เสมอต่อการเจ็บป่วยที่อาจมีระยะรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ไปจนถึงเตรียมความพร้อมสู่การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก

ทางด้านของป้าประภามีความแตกต่างจากของป้าลินนา เนื่องจากสามีของป้าประภาไม่ได้จากไปอย่างกะทันหัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาในการดูแลและเตรียมใจต่อการจากลา บทบาทในการดูแลหลักตกแก่ป้าประภาที่เป็นภรรยา เนื่องจากบุตรชายต้องทำงาน ป้าประภาจะต้องตื่นแต่เช้าเพื่อไปจองคิวการรักษาให้แก่สามีที่โรงพยาบาล ดูแลในเรื่องของอาหาร โดยต้องไปเรียนกับพยาบาล และในช่วงเวลาที่สามีเจ็บป่วยนั้นใช้เงินไปจำนวนมากกับการรักษาและสร้างความเหน็ดเหนื่อยให้แก่ป้าประภา โดยป้าประภาได้ระบายความรู้สึกที่อัดอั้นให้แก่ผู้ศึกษาฟังว่า

“เหนื่อยชิ เราจะตายอะ เราต้องจองบัตรตั้งแต่กี่โมงอะ ตีสี่เนี่ยเราต้องไปจองบัตรที่จุฬาแล้ว การให้อาหารต้องใส่สายยาง เอาท่อเข้าจมูก ไปป้อนอาหาร เราต้องไปเรียนกับพยาบาล และเขาบอกว่าถ้าไม่ป้อนก็ต้องซื้อนมที่ราคาแพงหน่อย ” (ป้าประภา, สัมภาษณ์, 28 พฤษภาคม 2564)

ในช่วงระยะเวลา 2 เดือนของการดูแลนั้น ป้าประภาเล่าว่า เป็นอะไรที่เหนื่อยมาก หากก็ต้องดูแลสามีให้ดีที่สุด การดูแลสามีนับว่าเป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามาในชีวิตประจำวันของป้าประภา อีกทั้งป้าประภาได้พูดคุยกับลูกชาย และลูกสะใภ้มากยิ่งขึ้น ถึงแม้การพูดคุยจะเป็นเรื่องของการดูแลบิดาเป็นหลัก หากทำให้ระดับสัมพันธ์ภาพในช่วงเวลาดังกล่าวดีขึ้น ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่าช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงการเจ็บป่วย และแสดงออกถึงการ

เห็นอกเห็นใจต่อกัน การช่วยเหลือเกื้อกูล สนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ หรือ การพลัดเปลี่ยนในการดูแล ถึงแม้ว่าป้าประภาจะเป็นผู้ดูแลหลัก หากป้าประภาได้ให้ลูกชายไปช่วย กดบัตรคิวเมื่อพาบิดาไปพบแพทย์ตามนัดหมาย หรือให้ลูกชายไปส่งบิดาที่โรงพยาบาลในวันที่ตนเอง ติดภารกิจ ซึ่งการดูแลที่ลูกชายเข้ามามีส่วนร่วมถึงแม้จะเป็นครั้งคราว หากลูกชายก็พร้อมที่จะ ช่วยเหลือพลัดเปลี่ยนการดูแลในยามที่ป้าประภาติดภารกิจ หรือเกิดความเหนื่อยล้า

สามีของป้าประภาได้เสียชีวิตลงในปี พ.ศ. 2560 หลังจากที่สามี เสียชีวิตป้าประภาเล่าว่ากับนักศึกษาว่าตนเองทำดีที่สุดแล้ว การจากไปของสามีทำให้ตนเองเหนื่อย น้อยลง ไม่ต้องคอยมาดูแล หรือตื่นแต่เช้าพาไปหาหมออีก

ในขณะที่ทางด้านของป้าผกาย ที่ครอบครัวไม่ได้ยึดติดว่าสามีหรือ ภรรยาจะต้องเป็นผู้นำ หากทั้งคู่ต่างเป็นผู้นำครอบครัวในด้านที่ตนถนัด สามีของป้าผกายให้เกียรติใน การตัดสินใจด้านต่างๆ แก่ป้าผกายเสมอมา กรณีของป้าผกายความสัมพันธ์ของทั้งคู่เป็นไปได้ด้วยดี เมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งตับ ป้าผกายและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมพูดคุยถึงแนวทางการเตรียมตัว ไว้สำหรับสามี โดยการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารของทุกคนในครอบครัว จากที่เคยซื้อแกงถุง เปลี่ยนมาเป็นประกอบอาหารรับประทานเอง มีการพูดคุยกันมากขึ้น หากิจกรรมทำร่วมกัน

“คือเราจะต้องวางว่าเขาจะต้องทานให้ได้ที่เขาอยากทาน เขาอยากทำ อะไรเราให้เขาหมด นั่นคือการเตรียมในแบบของเรา แล้วก็เตรียมงานเตรียมคุยกันเราจะหยุดกี่วัน คือทุกๆ อย่างพวกเราทำใจอะไรได้หมด” (ป้าผกาย, สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2564)

ความสัมพันธ์ของทั้งคู่เป็นไปได้ด้วยดี สามารถพูดคุยได้ทุกเรื่อง ในช่วง ระหว่างการรักษาตัวของสามีที่โรงพยาบาล ป้าผกายได้พูดคุยในเรื่องของการเตรียมตัวตายของสามี ได้อย่างเปิดเผย เช่น พูดคุยถึงเรื่องงานศพว่าควรจะทำกี่วัน จัดอย่างไร จะแต่งตัวแบบใด

“อย่างงานศพก็ต้องคุยกันเลยนะว่าเอากี่วัน ยังไงดี เธอชอบชุดไหน ไหม ตอนสามีพี่เสียก็ทำได้ เราก็เตรียมการตลอดตั้งแต่เริ่มต้นที่รู้ว่าเขาเริ่มป่วย ” (ป้าผกาย, สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2564)

จากที่กล่าวมาข้างต้น บทบาทในการดูแลของภรรยาที่ต้องดูแลสามี ยามเจ็บป่วยและต้องก้าวขึ้นมาเป็นผู้นำครอบครัวนั้น ในผู้สูงอายุอย่างป้าลินนาไม่ได้เตรียมตัว ต่อสถานการณ์ในการเป็นผู้นำครอบครัว รวมถึงไม่ได้เตรียมใจต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลที่รักทำให้ มุมมองที่มีต่อการตายไม่ได้ถูกพูดถึงในครอบครัวมากนัก ภาพเหตุการณ์วันที่สามีเสียชีวิตยังคงอยู่ ในความทรงจำของป้าลินนาทำให้เกิดความหวาดกลัวต่อการตายของสามี ซึ่งการรับรู้การตายของสามี ทำให้ป้าลินนาคาดหวังในการตายของตนเองว่าอยากตายอย่างสงบ ไม่ต้องทุกข์ทรมาน ขอเป็น การนอนหลับแล้วตายไป ไม่อยากตายแบบทุกข์ทรมานเหมือนกับสามี

“ตอนที่แม่ตาย สามีพี่ตายนะ พุดตรงๆ นะ กลัว เออ เขาเรียกอะไรนะ ชีวิตคนมันไม่แน่นอนนะ ถ้าพี่จะตายพี่ก็ขอไปแบบสบายๆ นอนหลับแล้วตายไปก็ดี ไม่ต้องมาเจ็บมาทรมาน” (ปาลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

หากในกรณีของป้าประภาหลังจากที่สามีเจ็บป่วยและต้องขึ้นมาเป็นผู้นำครอบครัว ทำให้ป้าประภาสามารถยอมรับการตาย และการจากลาของคนที่รักได้ดีกว่าปาลินนา เพราะมีเวลาในการเตรียมตัวต่อการจากลา รวมถึงในช่วงที่สามีเริ่มเจ็บป่วยป้าประภามีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัวและดูแลธุรกิจตั้งแต่ต้นทำให้อาการป่วยของสามีไม่ได้กระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวเพราะป้าประภาวางแผนในการเก็บเงินไว้เป็นอย่างดีในยามฉุกเฉิน รวมถึงบุตรชายเรียนจบในระดับมหาวิทยาลัยแล้วทำให้ไม่มีความกังวลมากนัก หากมีเพียงความเหนื่อยจากการเป็นผู้ดูแลหลัก อีกทั้งระดับความสัมพันธ์ของป้าประภาและสามีไม่ได้ราบรื่นทำให้การตายของสามีเป็นเรื่องที่ดีสำหรับป้าประภาที่ไม่ต้องเหนื่อยในการดูแลอีกต่อไป

ในกรณีของป้าผกายและสามีที่สามารถพูดคุยในเรื่องของการตายได้ดี เพราะมีบทบาทของการผลักดันเป็นผู้นำของทั้งคู่ ทำให้การเจ็บป่วยของสามีไม่ได้สร้างผลกระทบต่อเศรษฐกิจ หรือชีวิตของตนเองมากนัก หากจะมีแค่การปรับตัวในช่วงต้นของการดูแลเท่านั้นที่ต้องเหน็ดเหนื่อย และทำความเข้าใจต่ออาการของโรค การทำความเข้าใจดังกล่าวทำให้ทั้งสองคนยอมรับในเรื่องการตายและสามารถพูดคุยกันอย่างเปิดเผยในครอบครัว และหลังจากสามีจากไปสมาชิกในครอบครัวสามารถทำใจยอมรับต่อการจากลาได้ดี

2. บทบาทของสามีในการดูแลภรรยา พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาด มีอาการที่รุนแรง หรือคุกคามการดำเนินชีวิต ต้องอาศัยการดูแลเพื่อให้อาการของโรคบรรเทาลง ซึ่งต้องเป็นการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลที่เน้นด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงการเตรียมความพร้อมให้เผชิญต่อโรคและการจากไปของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังเช่น กรณีของลุงประภาส

กรณีของลุงประภาสที่ดูแลภรรยาป่วยด้วยโรคอัมพาตมาเป็นระยะเวลา 16 ปี โดยไม่เคยย่อท้อ หรือเหน็ดเหนื่อยเลย คุณลุงได้เล่าต่อว่าผลกระทบจากการที่ภรรยาของตนเองมีประสบการณ์น้อยและไม่ยอมไปพบแพทย์เพื่อนัดติดตามอาการจะส่งผลให้ภรรยาของตนเองเป็นโรคอัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จุดเริ่มต้นมาจากช่วงปี พ.ศ. 2549 มีเตียงไฟฟ้าเกาหลีมารเปิดขายแถวบ้าน ภรรยาจึงไปทดลองใช้ในขณะที่ความดันโลหิตของตนเองขึ้นสูง หลังจากทดลองใช้เสร็จขณะเดินทางกลับบ้าน ได้เป็นลมหมดสติระหว่างทาง

ตอนนั้นไม่เสียดังค์ก็เลยให้ไป ที่นี้เตี้ยมันใช้ความร้อนไฟฟ้า แล้วก็ความดันเขาขึ้น พอเดินมาจากกลับมันก็ห่างไม่ไกลจากบ้านไปประมาณไม่ถึงกิโล ตอนเดินมาระหว่างทาง เขาก็เหมือนหน้ามืดด้วย ก็ไปขอความช่วยเหลือชอยบ้าน ชอยบ้านเขา (พลเมืองดีที่เจอว่าภรรยาเป็นลม) ก็พอจะรู้จัก ก็อาศัยให้คนมาตามที่บ้าน (ลุงประภาส, สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2564)

หลังจากนำตัวส่งโรงพยาบาลแพทย์ได้แจ้งกับคุณลุงและครอบครัวว่า จำเป็นจะต้องผ่าตัด หากปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหลังจากผ่าตัดคือไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมได้ การช่วยเหลือตนเองจะลดน้อยลงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ซึ่งทางลุงประภาสยินดีที่จะให้แพทย์ช่วยเหลือ ภรรยาของตนเอง เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นลง ลุงได้บอกกับผู้ศึกษาว่ารู้สึกโล่งอกมากเพราะการผ่าตัดในครั้งนี้ไม่ใช่เบาๆ

หากวิเคราะห์ถึงบทบาทระหว่างชายและหญิงในการดูแลนั้น ในงานศึกษาครั้งนี้ พบว่า ลุงประภาสที่เป็นเพศชายที่มีบทบาทของการ “เป็นผู้ดูแลหลัก” สามารถทำหน้าที่ในการดูแลด้วยความเต็มใจ โดยไม่เคยมองว่าการดูแลเป็นการสร้างภาระให้แก่ตนเอง เพราะในอดีตก่อนที่ภรรยาเจ็บป่วย ภรรยาก็รับหน้าที่ในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี ซึ่งหลังจากที่ภรรยาล้มป่วยลง ลุงประภาสตัดสินใจที่จะปิดกิจการร้านอาหารตามสั่ง เพื่อใช้เวลาในการดูแลภรรยาอย่างเต็มที่ ถึงแม้ว่าการเปิดร้านอาหารจะเป็นรายได้หลักของลุงประภาส และเป็นสิ่งที่ตนเองรัก หากลุงประภาสเลือกที่จะดูแลภรรยา สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงจริยศาสตร์แห่งการดูแลที่ลุงประภาสดูแลภรรยาด้วยความเต็มใจและความรัก ความผูกพันที่ตนเองมีให้แก่ภรรยา รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการพลัดเปลี่ยนกันดูแล ไม่ได้ให้ลุงประภาสแบกรับการดูแลเพียงลำพัง ทั้งนี้ลุงประภาสได้ดูแลภรรยามาเป็นระยะเวลา 16 ปี จนถึงปัจจุบัน อาการของภรรยาดีขึ้น หากในเรื่องของการสื่อสารไม่สามารถทำได้ ตลอดระยะเวลาของการดูแลเมื่อสอบถามถึงข้อจำกัดของคุณลุงในการใช้ชีวิตว่าส่งผลกระทบอย่างไร ลุงประภาสกล่าวว่าไม่มี เพราะตนเองดูแลด้วยความรัก ความเต็มใจ และจะดูแลจนกว่าตนเองจะดูแลไม่ไหว

4.1.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรต่อบิดาและมารดา

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอันเป็นที่รักโดยตรงในฐานะบุตร หรือคนในครอบครัวที่มีบทบาทในการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาพบว่า บทบาทของบุตรในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลด้วยความรัก ความผูกพัน และ 2) การดูแลเพราะสำนึกในบุญคุณ ซึ่งการดูแลนั้นสะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ถูกดูแล รวมไปถึงการพูดคุยในเรื่องการตาย การยอมรับการตาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ

1. การดูแลด้วยความรัก ความผูกพัน กล่าวคือ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวไม่ได้มองว่า ภาระการเจ็บป่วยของบิดาและมารดาเป็นอุปสรรคต่อการดูแล ดังกรณีของป้านภาและป้ามาลินที่มองว่าการดูแลมารดาคือการดูแลด้วยความเต็มใจและสามารถเสียสละอวัยวะเพื่อชีวิตให้กับมารดาได้ ในกรณีของป้านภาที่มารดาล้มป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ ซึ่งมารดาตนเองเป็นภาระให้แก่ลูกหลานในการดูแล หากป้านภากลับมีความตั้งใจที่จะบริจาคไขกระดูกของตนเองให้แก่มารดา หากทางแพทย์ก็ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยสูงอายุแล้วไม่ควรผ่าตัดใหญ่ ควรจะรักษาแบบประคับประคอง ทางมารดาของป้านภาได้กล่าวกับป้านภาว่าตนเองไม่เอาเพราะถือว่าใช้ชีวิตมาคุ้มแล้ว และไม่อยากจะให้ป้านภาต้องมาลำบากเพราะตนเอง

“พี่ก็บอกว่าตอนนั้น เขาก็ยังมีการปลูกถ่ายไขกระดูก พี่ก็ถามบอกว่าเราเอาของเราไขกระดูก ออกได้ไหมสักข้างหนึ่ง อะไรเปลี่ยนให้แม่ แม่ไม่เอา แม่บอกไม่เอาแล้วกลัวเดี๋ยวมันเป็นอะไร” (ป้านภา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2564)

ส่วนในกรณีของป้ามาลินที่ดูแลมารดาจากอาการชราไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนกระทั่งเสียชีวิตในวัย 103 ปี ป้ามาลินเป็นลูกคนสุดท้องจึงมีความสนิทสนมกับมารดามาก เมื่อมารดาเริ่มมีอาการชรามากขึ้นป้ามาลินตัดสินใจไม่ต่อสัญญางานเพื่อมาดูแลมารดาที่บ้าน เนื่องจากเคยมีเหตุการณ์ที่มารดาอายุได้ประมาณ 90 ปี หกล้มขณะลุกไปเข้าห้องน้ำจนป้ามาลินตัดสินใจผูกเชือกไว้ที่ข้อมือตนเอง ถึงแม้จะเกิดความรู้สึกเหนียวลำจากการดูแล หากป้ามาลินได้บอกกับนักศึกษาว่า “พี่ถือว่าการดูแลแม่ดินะ เหมือนกับพระอรหันต์องค์หนึ่งของบ้าน” การที่ป้ามาลินเปรียบเทียบกับมารดาเปรียบเสมือนพระอรหันต์นั้น สะท้อนให้เห็นถึงการเชื่อมโยงศรัทธาที่ป้ามาลินมีต่อศาสนาพุทธเข้ากับการดูแล เพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้แก่ตนเอง ดังนั้นการที่ป้ามาลินไม่เคยรู้สึกเหน็ดเหนื่อยในการดูแลมารดาเลยมาจากการที่ป้ามาลินมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องกำลังใจและค่าใช้จ่าย และปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลคือความรักและความผูกพันที่ใจ

2. การดูแลเพราะสำนึกในบุญคุณ กล่าวคือ ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่ในการรับผิดชอบในการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษา ซึ่งเป็นความรับผิดชอบต่อสูงมาก หากครอบครัวไม่มีความพร้อมในการดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการดูแลโดยส่วนมากผู้ดูแลจะต้องเสียสละเวลาส่วนตัวของตนเองในการดูแล ส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดได้ หากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วยยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง ดังเช่นในกรณีของป้าอาภาที่มีความขัดแย้งกับบิดาและมารดา และป้าลดาที่มีความขัดแย้งกับบิดา มีรายละเอียดดังนี้

กรณีของป้าอาภา หลังจากที่ป้าอาภาเรียนจบ มารดาเริ่มมีอาการป่วยจากการทำงานหนัก ป้าอาภาจึงต้องรับหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลัก และดูแลธุรกิจของครอบครัว เพราะพี่ชายทั้งสองคนของป้าอาภาต้องเรียนหนังสือ และมีหน้าที่การงานของเขา มารดาไม่ยอมรับกวน โดยป้าอาภาได้กล่าวว่า

พี่ชายสองคนเขาเรียกว่าอะไรนะ เป็นหนุ่มแล้ว แม่บอกว่าอย่ารับกวนเขา เขาจะมีหน้าที่เรียนอะไรของเขา เขาจะอ้างว่าไปเรียนหนังสือ เรียนภาษาอังกฤษ เขาบอกกับแม่และบอกกับเรา และแม่ก็บอกกับเราว่าในเมื่อเขาหวังจะทำอย่างนั้น (เรียนหนังสือ) เราปล่อยให้เขาทำไป อย่าไปรับกวนเขา (ป้าอาภา, สัมภาษณ์, 17 พฤษภาคม 2564)

ในช่วงเวลาดังกล่าวป้าอาภาต้องละทิ้งความฝันในการเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น และปฏิเสธคำชวนของเพื่อนในการไปทำงานต่างประเทศ ป้าอาภาดูแลมารดาที่ป่วยด้วยไทรอยด์เป็นพิษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2543 มารดาตรวจพบว่าเป็นโรคไตรักษาอยู่ได้ไม่นานมารดาได้เสียชีวิตลงในปีดังกล่าว และในปีถัดมา บิดาได้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งในขณะนั้นพี่ชายคนโตต้องดูแลธุรกิจของบิดา และพี่ชายคนที่สองเริ่มติดผู้หญิง หน้าที่การดูแลจึงตกแก่ป้าอาภาและพี่ชายคนโต ซึ่งป้าอาภามีความรู้สึกเกลียดบิดาของตนเองเป็นอย่างมาก เมื่อต้องพาบิดาไปโรงพยาบาลป้าอาภาจึงจ้างพี่ชายคนที่สองพาบิดาไปโรงพยาบาล เนื่องจากบิดารักพี่ชายคนที่สองมาก เมื่อไปได้ครึ่งทางรถติดหนัก พี่ชายเลยพาบิดากลับมาบ้าน ทำให้ป้าอาภาโกรธมากจึงต้องพาบิดาไปโรงพยาบาลเองนับตั้งแต่นั้นมา ทางด้านบิดาอยากจะรักษาให้ถึงที่สุด เพราะยังอยากมีชีวิตอยู่ เนื่องจากเงินที่หามาได้ยังไม่ได้ใช้ เป็นห่วงลูกชายคนที่สองกลัวว่าป้าอาภาจะไม่ให้ทรัพย์สมบัติ เมื่อบิดาเริ่มมีอาการป่วยหนักในระหว่างรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล บิดาได้กล่าวกับป้าอาภาว่า

“กูเกลียดมึงตั้งแต่เกิด เขาพูดภาษาจีน ภาษาจีนว่ากูเกลียดมึงตั้งแต่เกิด เพราะมึงเป็นผู้หญิง แล้วมึงจะเก่งเหมือนลูกชายได้ไง” (ป้าอาภา, สัมภาษณ์, 17 พฤษภาคม 2564)

ทั้งนี้ก่อนที่บิดาจะเสียชีวิต บิดากล่าวว่าไม่เคยตั้งชื่อภาษาจีนเลยซึ่งพี่ชายทั้งสองคนมีชื่อภาษาจีน และได้ตั้งชื่อภาษาจีนให้ป้าอาภามีความหมายว่า “เนื้อทอง” บิดาของป้าอาภาอยากจะเจอหน้าลูกชายคนที่สองเป็นครั้งสุดท้าย หากพี่ชายคนที่สองไม่เคยมาเยี่ยมจนกระทั่งบิดาเสียชีวิต ทำให้ความสัมพันธ์ของสองพี่น้องไม่ลงรอยมานับตั้งแต่นั้น

จากการวิเคราะห์ของผู้ศึกษาที่บิดาของป้าอาภากล่าวว่า “กูเกลียดมึงตั้งแต่เกิด . . . เพราะมึงเป็นผู้หญิง แล้วมึงจะเก่งเหมือนลูกชายได้ไง” ส่งผลให้ป้าอาภารับรู้

การกระทำที่ผ่านมาของตนเองไม่ได้ทำให้ความเกลียดที่บิดาแสดงออก หรือการเลือกปฏิบัติลดน้อยลง ถึงแม้ว่าช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตบิดากลับเป็นป่าอากาศที่คอยเคียงข้างและดูแลเป็นอย่างดี หากการดูแลดังกล่าวยังไม่ทำให้บิดายอมรับในตัวลูกสาวเหมือนกับลูกชาย สะท้อนให้เห็นว่าถึงแม้ป่าอากาศจะรับรู้ถึงความเกลียดชังที่บิดาแสดงออก หากป่าอากาศต้องดูแลเพราะเป็นไปตามบทบาทของการเป็นลูกสาวโดยบทบาทของการเป็นลูกสาว ไม่แตกต่างจากบทบาทของการเป็นแม่ ดังเช่น กรณีของ ป่าอรัญ หากสิ่งที่ยึดโยงการดูแลให้ป่าอากาศคือ “ความกตัญญู” หากวิเคราะห์ในเรื่องของความกตัญญูในที่นี้ พบว่า ถูกผูกโยงเข้ากับแนวคิดชายเป็นใหญ่ที่กดทับบทบาทของเพศหญิง เพราะความกตัญญู จะถูกมองว่าต้องเป็นหน้าที่ของลูกสาว หรือ ผู้หญิงเท่านั้นในการดูแลคนในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วย และการดูแลปรนนิบัติสมาชิกในครอบครัว และถูกผูกเข้ากับเรื่องของศาสนาว่าถ้าไม่ดูแล จะทำชีวิตของบุคคลดังกล่าวไม่เจริญ หรือทำอะไรติดขัด/มีอุปสรรคในภายภาคหน้า ยิ่งเป็นการตอกย้ำและกดดันให้ป่าอากาศยอมรับในบทบาทของการดูแลดังกล่าว ถึงแม้จะเกิดความรู้สึกอันหนักอึ้งของการแบกรับภาระต่างๆ หากไม่สามารถที่จะละทิ้งบทบาทดังกล่าวได้ ถึงแม้สัมพันธภาพของทั้งคนจะขัดแย้ง หรือมีความเกลียดชังกันก็ตาม

ผู้ศึกษาวิเคราะห์ “ความเกลียดชัง” ที่ทั้งสองมีต่อกันว่าเป็นการตอบโต้ทางอารมณ์ของทั้งสองคน โดยบิดามีความผิดหวังที่ได้ลูกสาว หากก็มีความเมตตาที่เลี้ยงดูมาจนเติบโตใหญ่ ในขณะที่ป่าอากาศเมื่อรับรู้ถึงการเลือกปฏิบัติที่บิดาแสดงต่อตนเองมาตั้งแต่ยังเด็ก จึงเป็นการตอบโต้ให้บิดาและครอบครัวได้รับรู้ว่าคุณค่าตนเองรู้สึกเช่นไร รวมถึงการพัฒนาความสามารถของตนเองให้เก่งจนได้รับความไว้วางใจจากบิดาและมารดาให้บริหารธุรกิจและดูแลบัญชีของครอบครัว เมื่อพิจารณาเพียงผิวเผินอาจพบว่า เพราะบิดาไม่ยอมให้ลูกชายเหนื่อย หากผู้ศึกษาพิจารณาว่าบิดาและมารดาไว้วางใจป่าอากาศ หรืออีกนัยหนึ่งครอบครัวของป่าอากาศเป็นการบริหารงานแบบกงสี (สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในธุรกิจ โดยรายได้ทั้งหมดจะมารวมเป็นกองกลางและจัดสรรค่าใช้จ่ายโดยผู้ดูแลเงินกองกลาง) บิดาและมารดาจึงมอบหมายให้ป่าอากาศรับหน้าที่ดังกล่าว และเมื่อพิจารณาถึงความเกลียดชังที่ป่าอากาศได้กล่าวกับผู้ศึกษาว่าการดูแลในครั้งนี้เป็นไปเพราะตนเองเป็นลูกสาว หากก็เต็มไปด้วยอารมณ์ “ทั้งรัก ทั้งเกลียด” เพราะถ้าหากป่าอากาศเกลียดบิดาตามที่กล่าวจริงๆ คงไม่ดูแลจนบิดาจนจากไปอย่างสงบ หรือให้บิดาได้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชน หากเป็นความเกลียดที่แฝงไปด้วยความรัก และการแสดงห่วงหาอาลัย ความรู้สึกต่างๆ ออกมาที่หลากหลายทั้งการแสดงความรัก ความห่วงใย ความเมตตา รวมไปถึงการแสดงความรัก ความน้อยใจ ความผิดหวัง ซึ่งการแสดงห่วงหาอาลัยที่หลากหลายและสลับซับซ้อนเกิดจากสถานการณ์ในปัจจุบันและความรู้สึกที่อัดแน่นในอดีต จนตาโถมและแสดงออกมาผ่านการดูแล ดังนั้นการดูแล

จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสัมพันธภาพในการดูแล และเป็นการตอกย้ำถึงคุณธรรม (Ethics of Care) ที่ป้าอาภาแสดงต่อบิดาผ่านการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

4.1.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรและภรรยาที่ต้องดูแลบิดาหรือมารดา และคู่สมรส

ในงานศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบุคคลอันเป็นที่รักมากกว่าหนึ่งคน โดยมีความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน เช่น ในกรณีของป้าลินนาที่ต้องดูแลมารดาของตนเองและสูญเสียสามีจากโรคหัวใจวายเฉียบพลัน กรณีของป้าสุณีที่ดูแลบุคคลที่ตนเองให้ความเคารพคือการดูแลมารดาเลี้ยงของสามี และดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ และป้าดาที่ต้องดูแลบิดาที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและสามีที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ในกรณีแรก คือ ป้าลินนาที่ต้องดูแลมารดาที่ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ป้าลินนามีความสัมพันธ์สนทนากับมารดาเนื่องจากมารดาให้ความรักกับลูกๆ ทุกคนอย่างเท่าเทียม เปิดโอกาสให้ลูกผู้หญิงได้เรียนหนังสือเช่นเดียวกับลูกผู้ชาย ทำให้ป้าลินนามีความรักและผูกพันกับมารดามากกว่าบิดา จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2551 มารดาของป้าลินนาได้ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ระยะที่ 3 โดยป้าลินนากล่าวว่า

ก็รู้ตอนระยะที่ 3 แล้วแหละ ก็ตอนแรกๆ ยังไม่มีอาการ มามีอาการตอนที่มาตรวจตรงคอเนี่ย มันก็ไม่เจ็บ ไม่อะไรนะ มันโตเหมือนเป็นลูกมะนาวนะ ตอนแรกมันเล็กนิดเดียวไปๆ มาๆ มันกลายเป็นลูกใหญ่ ก็ไปหาหมอที่มเหสักซ์ (โรงพยาบาลมเหสักซ์) ก็คือเจอหมอดีอะ หมอ x-ray และก็เจาะอะไรเยอะเยอะไปตรวจ สรุปเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองระยะ 3 (ป้าลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

ในขณะนั้นป้าลินนาได้แต่งงานออกไปสร้างครอบครัวกับสามี การดูแลมารดาจึงเป็นหน้าที่ของน้องๆ ที่อาศัยอยู่กับมารดา ป้าลินนาจะเข้ามาดูแลบ้างเป็นครั้งคราว มารดาของป้าลินนาหลังจากรับรู้อาการป่วยของตนเองได้สั่งเสียกับลูกๆ ไว้ว่าไม่อยากให้ยื้อชีวิตเพราะไม่อยากเป็นภาระให้กับลูกๆ หากลูกๆ แบ่งออกเป็นสองฝ่าย ฝ่ายหนึ่งเลือกที่จะยื้อ ส่วนอีกฝ่ายไม่อยากให้ยื้อ ซึ่งป้าลินนาไม่อยากให้ยื้อชีวิตมารดาเพราะต้องการทำตามความต้องการของมารดา หากท้ายที่สุดมารดาได้เสียชีวิตลง

หลังจากมารดาเสียชีวิตสร้างความเสียใจให้กับป้าลินนาเป็นอย่างมาก หากป้าลินนาผ่านความเสียใจมาได้เพราะสามี บุตรและครอบครัวคอยให้กำลังใจ อีกทั้งป้าลินนามีหน้าที่ความเป็นพี่ในการหาเลี้ยงน้องๆ ทำให้ป้าลินนาต้องเข้มแข็ง

โหว เสียใจมากกว่าเพราะเราคลุกคลีกับแม่ตั้งแต่เล็กจนโตอะ แบบเรียกว่าไหนะ กับพ่อนี้ะความรู้สึกมันต่างกันอะ กับแม่นี้ะหุว ดิมากผู้หญิง ผู้ชายเท่าเทียมกันหมด ไม่ได้แบ่งเหมือนพ่อที่เอาแต่ผู้ชาย ผู้หญิงช่างมัน พอเขาไปเราก็อะไรไม่ถูกไปสักพักแต่เราก็อหยังพวกัน้องๆ เรา เราก็อต้องกลับมาเข้มแข็ง เพราะหลายคนก็ยังต้องพึ่งเรา (ป้าลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 สามีของป้าลินนาเริ่มมีอาการไอเรื้อรัง ไข้ขึ้นสูง จนต้องนำตัวส่งโรงพยาบาล หมอวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและปอดอักเสบ หมอได้กล่าวว่า “จากประวัติการรักษาคนไข้เลื่อนนัดในการผ่าตัดหัวใจ ทางญาติทราบเรื่องหรือไม่” ซึ่งป้าลินนาไม่เคยทราบมาก่อนเลย ป้าลินนากล่าวว่า ในวันนั้นเพิ่งรู้ว่าสามีของตนเป็นโรคหัวใจ ในช่วงความรู้สึกนั้นรู้สึกน้อยใจสามีที่ไม่ยอมบอกอาการป่วย แต่ก็เข้าใจสามีด้วยว่าไม่อยากให้ครอบครัวเป็นห่วง ในคืนนั้นเองสามีของป้าลินนาได้เสียชีวิตลงอย่างสงบ การจากไปอย่างรวดเร็วของสามีทำให้ป้าลินนาเศร้าเสียใจเป็นอย่างมาก หากป้าลินนายังคงมีบทบาทของการเป็นแม่ ทำให้ป้าลินนาพยายามที่จะเข้มแข็งเพื่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยป้าลินนากล่าวว่า

ปรับตัวเยอะไหม เราปรับเยอะนะ ก็ต้องพยายามทำให้เข้มแข็งอะ ไม่ให้รู้ว่าเราอะเสียใจมาก ตอนนั้นลูกก็อยู่ที่นู่นกันหมด (ประเทศออสเตรเลีย) พวกลูกก็กลับมาช่วยงานศพ และก็ชวนกลับไป แต่แม่บอกว่าแม่ไปไม่ได้หรอก ถ้าไปก็ทิ้งภาระให้คนที่นี้ไต่ยังง ก็คือคนเขาก็อต้องมาไหว้ 7 วัน ทำบุญสังฆทานตามประเพณี ไหนจะต้องดูแลน้องๆ ก็ต้องอยู่ที่นี้แหละ เพื่อนฝูงเยอะไม่ต้องห่วง (ป้าลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ในกรณีของป้าลินนาที่มีประสบการณ์ในการดูแลและสูญเสียมารดาจากมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมาแล้วเมื่อระยะเวลาผ่านไปสิบปี ได้สูญเสียสามีจากอาการหัวใจวายเฉียบพลัน การสูญเสียดังกล่าวสร้างความเศร้าโศกให้กับป้าลินนาเป็นอย่างมาก ถึงแม้จะมีประสบการณ์ในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมาก่อน หากมีความแตกต่างในเรื่องของระยะเวลาในการเตรียมใจจากการจากลา เพราะในกรณีของมารดาป้าลินนาและครอบครัวได้มีโอกาสในการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนจากลา หากในกรณีของสามีเป็นการจากลาอย่างกะทันหัน อีกทั้งสามียังปิดบังอาการป่วย ทำให้ป้าลินนากล่าวโทษว่าเป็นความผิดของตนเองที่ไม่ใส่ใจอาการป่วย หรือความผิดปกติของสามี

ในกรณีที่สองซึ่งมีความเหมือนกับกรณีของป้าลินนา คือ กรณีของป้าสุณีที่มีความเต็มใจในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก โดยป้าสุณีได้ดูแลบุคคลที่เคารพรักโดยไม่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดแต่อย่างใด หากอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว เป็นหนึ่งในสมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องดูแล โดยในงานศึกษาครั้งนี้มีกรณีของป้าสุณีที่มีประสบการณ์ในการดูแลมารดาเลี้ยงของ

สามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เหตุผลหลักที่ทำให้ป้าสุณีตัดสินใจในการดูแลมารดาเลี้ยง เนื่องจากในช่วงการแต่งงานเข้ามาอยู่ที่บ้านสามีครั้งแรก มารดาเลี้ยงคอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือเป็นอย่างดี มารดาเลี้ยงของป้าสุณีมีอาการป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ขณะนั้นมารดาเลี้ยงของสามี อายุได้ 89 ปี เริ่มมีอาการป่วยโดยในระหว่างเดินเล่นบริเวณบ้านได้ล้มลง เมื่อไปหาหมอพบว่าเป็นการของโรคหลอดเลือดสมองตีบ แพทย์รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลได้สัปดาห์จึงได้กลับมารักษาต่อที่บ้าน

“เริ่มแรกเขาก็เป็นแบบปวดหลังคนแก่ๆ ตอนอยู่บ้านก็ลุกไม่ค่อยได้ เช็ดตัวตลอด แล้วก็ให้อาหารโดยให้อาหารปั่นที่โรงพยาบาลจัดให้ และเขาก็ไม่รู้เรื่องหรือแกพอรู้เรื่องนิดหน่อย คือน่าสงสัยไม่รู้เกิดจากความอะไร” (ป้าสุณี, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

ป้าสุณีและน้องสาวของสามีได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยการสลับกันดูแลในช่วงเวลาเช้าและกลางคืน ทางครอบครัวตัดสินใจที่จะดูแลมารดาเลี้ยงแบบประคับประคอง หากถึงเวลาที่จะจากลา ก็ให้ไปอย่างสงบ หากต้องทำการรักษาทางการแพทย์ได้ตกลงกันในครอบครัวว่าจะไม่ยื้อชีวิต และในปีเดียวกันนั้นเอง พบว่า สามีของป้าสุณีเริ่มมีอาการป่วยจากโรคหัวใจ เป็นผลมาจากการทำงานหนักมาโดยตลอด ทำให้สามีต้องหยุดทำงานและให้น้องชายเข้ามารับช่วงต่อในการบริหารธุรกิจ ในเวลานั้นป้าสุณีเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก เพราะเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลการดูแลผู้ป่วยทั้งสองคนพร้อมๆ กัน ทำให้ทางครอบครัวมีรายจ่ายที่เยอะมากขึ้น หากป้าสุณีไม่ได้กังวล เพราะว่าสามีมีเงินเก็บจากการทำงานในอดีตอยู่ หากภายหลังจากเกิดวิกฤติโควิด-19 ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ธุรกิจของสามีเริ่มขาดทุน ไม่สามารถขายเคมีภัณฑ์ได้แม้แต่ชิ้นเดียว พยายามประคับประคองมาเรื่อยๆ จนถึงกลางปี พ.ศ. 2563 จึงได้ตัดสินใจปิดกิจการ ดังนั้นรายได้ส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงมาจากการทำงานของบุตรทั้งสองคน ป้าสุณีรับหน้าที่เป็นเสมือนกับหัวหน้าครอบครัวหลังจากที่มารดาเลี้ยงและสามีป่วย จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2564 มารดาเลี้ยงได้จากไปอย่างสงบ สร้างความเศร้าเสียใจ และความกังวลให้กับตนเองเพราะป้าสุณีเกิดความคิดว่าหากตนเองมีสูงวัยมากขึ้นใครจะเป็นคนคอยดูแล

“เรารู้สึกสงสาร หดหู่ใจ แบบถ้าวันหลังเราแก่แบบนี้จะทำยังไง ใครจะมาดูแลเรา ก็มีความเครียดเหมือนกันนะ ไหนเราจะต้องมาอยู่กับคนป่วยอีก” (ป้าสุณี, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

หลังจากสูญเสียมารดาเลี้ยงของสามี ป้าสุณีกล่าวว่าถึงแม้ช่วงแรกจะเกิดความเศร้า หากชีวิตคนเราย่อมมีการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นธรรมดา ไม่สามารถที่จะหนีธรรมชาติได้ ดังนั้นคนที่มียังมีชีวิตอยู่จึงต้องเดินหน้าต่อไป ป้าสุณีและน้องสาวของสามียังคงทำหน้าที่ในการดูแลสามีเช่นเดิม บทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัวกลายเป็นป้าสุณีที่จะต้องรับผิดชอบความเป็นอยู่ของสมาชิกภายในครอบครัว

กรณีสุดท้าย คือ ปาลดา ซึ่งมีความแตกต่างกับกรณีของปาลินนา และ ปาสุณี เนื่องจากปาลดาไม่ได้มีความเต็มใจในการดูแลบิดา หากต้องดูแลเพราะความสงสาร และ ทำหน้าที่ของการเป็นบุตรที่ดีเท่านั้น โดยปาลดาต้องดูแลบิดาป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ ความสัมพันธ์ของ ปาลดาและบิดามีความห่างเหินกัน เนื่องจากในปี พ.ศ. 2515 มารดาเสียชีวิต ในขณะนั้นปาลดาอายุ ได้ 23 ปี เมื่อมารดาเสียชีวิตบิดาได้แต่งงานใหม่ และย้ายไปอยู่กับภรรยาใหม่ที่จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้ ความสัมพันธ์ของสองพ่อลูกห่างเหิน จนกระทั่งในปี พ.ศ.2547 ปาลดาได้ให้บิดาและแม่เลี้ยงของตนเองกลับมาอยู่บ้านแถวสีลมด้วยกันเนื่องจากทราบว่าเป็นโรคมะเร็งตับ ระยะสุดท้าย เกิดจากในสมัยหนุ่มๆ บิดาชอบสังสรรค์ ดื่มเหล้าเป็นประจำ ปาลดาได้ปรึกษากับพี่น้อง และสามี จึงตัดสินใจให้บิดาและแม่เลี้ยงมาอยู่ที่บ้านเพื่อดูแลบิดาในวาระสุดท้ายของชีวิต

เมื่อบิดากลับมาอยู่ที่บ้านปาลดามีหน้าที่ในการหาข้าวให้บิดา โดยแม่เลี้ยงเป็นคนดูแลหลัก เมื่อถามว่ามีการดูแลอะไรเพิ่มเติมหรือไม่ ปาลดากล่าวว่าก็พูดให้กำลังใจ หน้าที่พาไปโรงพยาบาลก็เป็นของแม่เลี้ยง เพราะตนเองต้องทำงานจึงไม่มีเวลาวางมาดูแลประกอบกับมีความโกรธเคืองบิดาในอดีตที่ตัดสินใจผิดพลาดในการรักษามารดา เนื่องจากในอดีตบิดาเป็นเพียงคนเดียวที่ตัดสินใจในการยื้อชีวิตของมารดา โดยการเจาะคอเพื่อใส่ท่อหลอดลมคอผ่านผิวหนังที่ลำคอ ให้มารดาหายใจได้สะดวกยิ่งขึ้น เมื่อบิดาตัดสินใจโดยไม่ได้ถามครอบครัวทำให้ปาลดารู้สึกโกรธเคืองบิดา เพราะในความคิดของปาลดาคือหากไม่เจาะคอมารดาคงมีชีวิตอยู่ได้นานกว่านี้

เมื่อบิดาทำการรักษาไปได้สักระยะ ทางแพทย์ที่ทำการรักษาได้มีการพูดคุยกับทางครอบครัวว่า “บิดาของปาลดาคงไม่ไหวแล้ว” จึงได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษาและตัดสินใจที่จะไม่รักษาต่อขอให้บิดากลับมาตายอย่างสงบที่บ้าน เมื่อสอบถามถึงเหตุผลว่าเพราะอะไร เลือกที่จะไม่รักษาต่อเนื่อง ทางปาลดาได้บอกเหตุผลว่า

“คือถ้ายื้อนะ เวลาปั๊มมาบางคนซีโครงหัก อันนี้ที่คุยกันนะ (ปาลดาคุยกับคนในครอบครัว) ปั๊มแล้วซีโครงหักเลยเขาเจาะคอขึ้นมาได้ 1-2 วันก็ไป (พูดถึงประสบการณ์การยื้อชีวิตมารดาในอดีต) คือถ้าให้ปั๊มเขาก็เจ็บ เลยเลือกที่จะไม่ยื้อ ถ้ายื้อแล้วไม่หาย ไม่น่ายื้อ” (ปาลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

ทางครอบครัวของปาลดาเลือกที่จะให้บิดากลับมาเสียชีวิตที่บ้าน ดังนั้น การตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตของบิดามาจากประสบการณ์การสูญเสียมารดาที่ฝังใจปาลดา เพราะในความคิดของบิดาและปาลดาหากไม่เจาะคอมารดาคงมีชีวิตอยู่ได้ยาวนานกว่านี้

“หมอโทรไปหาพ่อว่าเจาะคอนะ คนไข้จะได้ดีขึ้น พ่ออนุญาตปั๊บ วันรุ่งขึ้นแม่ตายเลย จะด่าพ่อก็ไม่ได้ เราก็รู้ว่าเขา (บิดา) เสียใจบอกว่าถ้ากูไม่ให้เขาเจาะคอ เขา (มารดา) ก็คง

อยู่ได้นาน ภูไม้ดีเอง เขาพูดคำนี้ เราไม่ต้องไปตำเขาเลย เขายอมรับแล้วเขาไม่ตี เราไม่ต้องไปต่อว่าเขา” (ปาลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

ทางปาลดาและครอบครัวจึงเลือกที่จะให้บิดามาเสียชีวิตที่บ้าน รายล้อมด้วยสมาชิกในครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมการตายให้แก่บิดา โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้กล่าวคำอำลา การขอโทษกรรมต่างๆ หลังจากจัดงานศพให้กับบิดาเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางครอบครัวได้ไปส่งแม่เลี้ยงที่จังหวัดร้อยเอ็ด ปาลดากล่าวว่า การสูญเสียบิดาถึงแม้จะเสียใจ หากชีวิตจะต้องดำเนินต่อไปเพราะว่าความตายคือสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมถึงการเจ็บป่วยของบิดาเกิดจากพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นแล้วการเสียชีวิตของบิดาจึงเป็นการเตรียมความพร้อมและตั้งรับไว้เป็นอย่างดี ชีวิตของปาลดาและสามีดำเนินต่อไปจนกระทั่งปี พ.ศ. 2553 สามีของปาลดามีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออกขณะขับรถ

“เขาบอกว่าหายใจไม่ออก แล้วหมอที่รามา (โรงพยาบาลรามาธิบดี) บอกเราว่าเนี่ยถ้ามาช้าเกินกว่า 5 นาที เขาก็ต้องตายเพราะว่ามันเริ่มหายใจไม่ได้แล้ว นั่นแหละ ถึงจะรู้ว่าเขาเป็นไอ้เนี่ย (โรคหัวใจ) แล้วหมอก็พาไปทำบอลลูน” (ปาลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ปาลดากล่าวว่า เป็นครั้งแรกที่เจอสถานการณ์เช่นนี้หากต้องมีสติมากๆ เพราะหากตนเองตกใจอาจทำให้บอกเส้นทางมาโรงพยาบาลไม่ถูก บอกข้อมูลของสามีกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ได้ ดังนั้นแล้วการมีสติจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

พูดตรงๆ เลยนะ เหมือนเป็นคนจิตใจตายด้าน หรือเราสวดมนต์แล้วใช้สติกับอันนี้มากไป ใช้สติอยู่กับตรงนี้ว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ไม่ต้องไปไถ่บุญไถ่เงิน ละก็โทรศัพท์ไปบอกกับลูกสาวว่าให้ลูกเขามาเอารถกลับ เขา (ลูกสาว) ยังบอกว่าอะไรแม่ เมื่อก็ยังคงคุยกันอยู่ว่าจะไปวัดอย่างนี้ๆ แล้วไปมาอยู่โรงพยาบาลได้ เราก็เฉยละบอกว่าละจะให้ฉันทำไง ถ้าเกิดเขา (สามี) เป็นอะไรมันก็ต้องเป็น (ปาลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

สามีของปาลดารักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลสักระยะหนึ่งจึงได้กลับมาที่บ้าน สามีจึงตัดสินใจลาออกจากงานด้านสินเชื่เมื่ออายุได้ 55 ปี เนื่องจากปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยปาลดาเป็นผู้ดูแลหลักในการจัดเตรียมอาหารและยาในช่วงแรก เมื่อพักฟื้นจนอาการทุเลาสามีจึงมาช่วยปาลดาขายของ ปัจจุบันอาการของสามีดีขึ้นมาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในปัจจุบันปาลดาอายุ 72 ปี สุขภาพร่างกายแข็งแรง เพราะดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี ในขณะที่สามีของปาลดาอายุ 66 ปี ป่วยเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จะต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ปาลดา ยังคงทำงานอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ และคอยช่วยเหลืองานภายในชุมชนอยู่เสมอ

ดังที่กล่าวมาข้างต้น ปาลดามีประสบการณ์ในการสูญเสียมารดาไปในอดีต การสูญเสียมารดาในครั้งนั้นทำให้ปาลดามีความเสียใจและโกรธในการตัดสินใจของบิดาทำให้ความสัมพันธ์ของปาลดาและบิดาไม่ถูกกันมานานับแต่นั้น หากสุดท้ายปาลดาและบิดาได้ปรับความเข้าใจกันก่อนที่บิดาจะจากไป จากประสบการณ์ในการสูญเสียมารดา และบิดา เมื่อสามีของปาลดาเกิดเหตุหัวใจไม่ออกในขณะขับรถยนต์ ทำให้ปาลดามีสติในการให้คำแนะนำกับสามีในการขับรถไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และโทรศัพท์ไปหาบุตรสาวเพื่อให้มารับรถที่โรงพยาบาล โดยปาลดาได้ใช้หลักธรรมในเรื่องของการเจริญสติ คือ การตื่นรู้อยู่กับปัจจุบัน เมื่อเกิดสถานการณ์คับขันจะใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา และมีประสบการณ์ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยทำให้ปาลดาสามารถรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้โดยไม่ตระหนก

โดยสรุป บริบทสภาพแวดล้อมภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อทางศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ บทบาทการเป็นสมาชิกในครอบครัวและสังคม และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวช่วยสะท้อนให้เห็นถึงวิธีการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย รวมถึงได้เห็นถึงมุมมองของผู้สูงอายุที่มีต่อการให้ความหมายการตาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบที่แตกต่างกัน เช่น ในบางครอบครัวสามารถยอมรับต่อการสูญเสียได้ ในบางครอบครัวมีการปฏิเสธ ซึ่งการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วย การเผชิญหน้ากับความตาย การให้ความหมายต่อการตาย และการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบถูกเชื่อมโยงเข้ากับเรื่องของความเชื่อทางศาสนาพุทธ

4.2 พินิจความตายผ่านประสบการณ์การดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 13 ราย ล้วนมีประสบการณ์จากการดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก ในผู้สูงอายุบางรายดูแลจนกระทั่งเสียชีวิต หรือบางรายยังคงดูแลจนถึงปัจจุบัน โดยบางรายมีบทบาทในการเป็นบุตรในการดูแลบิดาหรือมารดา บทบาทของภรรยาในการดูแลสามี และบทบาทของสามีในการดูแล ซึ่งผู้สูงอายุบางรายต้องเสียสละชีวิตส่วนตนมากกว่าผู้สูงอายुरายอื่น เนื่องจากต้นชีวิตมีน้อยกว่าคนอื่น เช่น ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจ ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่มีผลต่อมุมมองและหลักปฏิบัติในการดูแล ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเสียสละมากหรือน้อยไม่ได้เป็นสิ่งที่ตัดสินในเชิงจริยธรรมการดูแล เพราะผู้สูงอายุทุกรายล้วนดูแลอย่างเหมาะสม โดยประสบการณ์ที่ได้จากการดูแลล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อมุมมองการตาย และการเตรียมความพร้อมก่อนตายให้แก่ผู้สูงอายุ

สำหรับการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้สูงอายุในครั้งนี้ผู้สูงอายุแต่ละรายจะเชื่อมโยงความเชื่อในเรื่องของความศรัทธาที่ตนเองมีต่อศาสนาพุทธเข้ากับการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักตั้งแต่

ระยะเริ่มเจ็บป่วย ในระหว่างเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิตที่แตกต่างกันออกไปตามระดับความเชื่อของตนเอง เช่น ผู้สูงอายุบางรายมีความเชื่อในเรื่องของความกตัญญู เรื่องของบาป-บุญ การปฏิบัติกิจทางศาสนา ด้วยความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุยึดคำสอนทางศาสนาพุทธเข้ากับการดูแล อีกทั้งศาสนายังช่วยให้ผู้สูงอายุบางรายก้าวข้ามความกลัวสภาวะก่อนตาย และยอมรับต่อความตายได้ดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีความเชื่อตามค่านิยมของสังคมไทยว่า การเป็นลูกผู้หญิงจะต้องดูแลบิดาและมารดา ยามเจ็บป่วย ทำให้ต้องรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลหลัก

เมื่อผู้สูงอายุทุกคนล้วนมีประสบการณ์ในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือคนรู้จัก ในบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุให้ความหมายในเรื่องของความตายและการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของผู้สูงอายุในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ระยะเวลา คือ 1) ระยะเริ่มเจ็บป่วย 2) ระยะระหว่างเจ็บป่วย และ 3) ระยะหลังจากเสียชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ระยะเริ่มเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก

ความเจ็บป่วยของสมาชิกหนึ่งคนในครอบครัวส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวทั้งหมด ครอบครัวต้องจัดระบบครอบครัวใหม่ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแต่ละครอบครัวล้วนมีวิธีการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป รวมถึงความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของอาการป่วยที่แตกต่างกัน เพราะอาการป่วยของแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นแล้ววิธีการรับมือและยอมรับต่อการเจ็บป่วย และความตายของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไป ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) การยอมรับต่ออาการเจ็บป่วย และ 2) การปฏิเสธความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1.1 การยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก

เมื่อผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงอาการป่วย พยาธิสภาพของโรคแล้ว จะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ดังนั้นจึงมีความกระตือรือร้นอย่างสูงในการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจ เพื่อดูแลตนเอง ในระยะแรกของการรับรู้ความจริงที่เกิดขึ้นผู้ป่วยและญาติบางรายจะปฏิเสธต่อโรคที่เกิดขึ้น หากเมื่อผ่านระยะของการปฏิเสธไปแล้วนั้น ผู้ป่วยและญาติจะมีความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองกำลังเผชิญ ยอมรับกับความเป็นจริงได้มากขึ้นว่าการเกิดโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ร้ายแรงกับตนเองจะส่งผลให้ตนเองมีชีวิตที่ไม่ยืนยาวกว่าคนทั่วไป การทำใจยอมรับกับความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ผู้ป่วยและญาติจะเริ่มวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพในการจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่ยังคงค้างคาใจ หรือ การทำความเข้าใจครั้งสุดท้ายของตนเองเพื่อการจากไปอย่างสงบ ดังเช่นในกรณีของป้าผกายที่สามารถยอมรับต่อการเจ็บป่วยของสามีได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีความรู้

ความเข้าใจต่ออาการของโรคว่าเป็นผลมาจากพฤติกรรมในช่วงวัยหนุ่มของสามีทำให้ป้าผกายสามารถทำใจยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ดังความรู้สึกที่ป้าผกายได้กล่าวว่า

“เรารู้ว่าเขาชอบทานน้ำสมุนไพรมากที่เราไม่ได้ทำเอง ส่วนมากเขาจะไปซื้อทานของเขา น้ำแกงฮั้วอะไรพวกนี้ แล้วทุกอย่างมันเป็นกากมันก็ไปแพ้อยู่ที่ตับ เขาจะปวดท้องบ่อยค่ะ ไปตรวจสุขภาพถึงรู้ว่าเป็นมะเร็งตับ” (ป้าผกาย, สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2564)

ผู้ศึกษาพิจารณาว่า ประสบการณ์การรับรู้อาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ย่อมส่งผลต่อการยอมรับต่อการเจ็บป่วย และการจากลาที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น กรณีของป้าผกายได้เห็นการเจ็บป่วยของสามีว่าเกิดจากพฤติกรรมของสามีทำให้ป้าผกายสามารถยอมรับกับภาวะใกล้ตายของสามีได้เป็นอย่างดี เพราะการยอมรับและทำความเข้าใจต่อสภาวะโรคอย่างถูกต้อง เข้าใจถึงวิธีการรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมความพร้อมต่อการจากลาได้ดีขึ้น เมื่อป้าผกายมีประสบการณ์จากการสูญเสียดังกล่าวส่งผลให้เกิดการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองมากกว่าการคิดถึง ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสามีของตนเองจนเกิดความวิตกกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วยและความตาย หากป้าผกายใช้ประสบการณ์ดังกล่าวในการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพให้แก่ตนเอง โดยในปัจจุบันป้าผกายออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ตนเอง

4.2.1.2 การปฏิเสธอาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก

ในงานศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการปฏิเสธต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลอันเป็นที่รัก สามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การปฏิเสธพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยและความตาย 2) การเจ็บป่วยและความตายคือเรื่องของเวรกรรม และ 3) การต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) การปฏิเสธพูดคุยเรื่องการเจ็บป่วยและความตาย

ผู้สูงอายุบางรายเมื่อพูดคุยในเรื่องของการเจ็บป่วยจะหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุย มีความหวาดกลัวต่อการจากลาของบุคคลอันเป็นที่รัก กระวนกระวายใจเมื่อพูดคุยในเรื่องการเจ็บป่วย หรือความตายกับบุคคลที่อายุมากกว่าตนเอง หากเมื่อพูดคุยกับบุคคลที่อายุน้อยกว่าตนสามารถพูดคุยได้ ดังเช่นกรณีของป้าอาภากล่าวว่า

“ถ้าคุยกับหนู (ผู้วิจัย) ไม่กลัวนะ เพราะยังเด็กกว่ามั้ง แต่ถ้าคุยกับผู้ใหญ่ เวลาพูดกับเรานั้นเหมือนกับว่า เฮ้ยเราจะตายแล้วจริงๆ

หากพิจารณาถึงความคิดของป้าอาภาที่สามารถพูดคุยกับคนอายุน้อยกว่าตนเองในเรื่องของการเจ็บป่วยและความตายได้นั้น เนื่องจากป้าอาภามองว่าคนอายุน้อย คือ ยังอยู่ในช่วงวัยหนุ่มสาว สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้อีกนาน ไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตดังเช่นกับวัยสูงอายุ ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเสื่อมลง เฝิญภาวะความเจ็บป่วยมากกว่าวัยอื่นๆ เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นสูง ดังนั้นป้าอาภาจึงไม่กล้าพูดคุยกับวัยที่อายุมากกว่าตนเอง หากกล้าที่จะพูดคุยกับวัยที่อายุน้อยกว่าตนเอง ดังเช่นกับผู้ศึกษา

(2) การต่อรองกับความเจ็บป่วยและความตาย

ผู้สูงอายุบางรายเมื่อรับรู้ว่าคุณค่าอันเป็นที่รักของตนเองเผชิญกับโรคร้ายแรง ผู้สูงอายุที่นับว่าเป็นบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิเสธอาการเจ็บป่วยดังกล่าว และพยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะรักษาบุคคลอันเป็นที่รักให้อยู่กับตนเองให้นานที่สุด ดังเช่น กรณีของป้านภาที่มารดาป่วยด้วยโรคโลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ ทางครอบครัวรักษาตามหลักวิทยาศาสตร์ การแพทย์ จนกระทั่งหาวิธีการอื่นเพื่อเป็นที่พึ่งทางจิตใจให้แก่สมาชิกในครอบครัว และคาดหวังว่ามารดาของตนเองจะหายจากอาการป่วย โดยหันไปพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพนับถือ มีความหวังว่าจะเกิดปาฏิหาริย์กับมารดา ดังเช่นกรณีของป้านภา ได้เล่าว่า

“พี่สาวลูกคนหนึ่ง เขาก็บอกว่า ไปไปอธิษฐาน ไปไหว้ที่ป่อเต็กตึ้ง เขาเรียกอากง อากงนั้นะ ไปบอกว่า ไปอธิษฐานว่า ถ้าสมมุติว่าแม่ยังไม่ถึงวาระนะ ก็ให้หายวัน หายคืน ให้ดีขึ้น แต่ว่าถ้าถึงแล้ว ก็ให้ไปแบบสบายๆ อย่าทรมาน” (ป้านภา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2564)

การแสดงพฤติกรรมดังกล่าวของป้านภา เป็นเรื่องปกติธรรมดาของความรู้สึกมนุษย์เมื่อพบเจอกับสถานการณ์ที่ตนเองคาดไม่ถึง ในบางรายจึงเลือกวิธีการของการหาที่พึ่งพิงทางจิตใจเพื่อให้ตนเองเกิดความสบายใจ หรือลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น การนำความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยมีความเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน หรือหายจากอาการป่วย หรือหากไม่มีโอกาสรอดชีวิตก็ขอให้จากไปอย่างสงบ หากพิจารณาในแง่ของจิตใจไม่อาจปฏิเสธได้ว่าความเชื่อเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยและญาติค่อยๆ ยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยและความจริงที่เกิดขึ้น

(3) การเจ็บป่วยและความตายคือเรื่องของเว

เวอร์กรรมที่ได้นอกใจตนเอง และกรณีของป้ามะลิที่มองว่าการเสียชีวิตของมารดาเป็นเรื่องของเวอร์กรรมเช่นกัน

กรณีของป้ามะลิที่มองว่าการเกิดอุบัติเหตุของสามีคือเรื่องของเวอร์กรรมที่สามีได้นอกใจตนเอง โดยสามีของเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหลังคาบ้าน นับว่าเป็นการจากลาที่ญาติพี่น้องไม่ได้เตรียมใจในการจากลา เมื่อถามถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ดังกล่าว ป้ามะลิล่าว่า

“ไม่เสียใจ ฉะฉาย ก็เสียใจก็ไม่มีอะไรก็ช่วยอะไรเขาไม่ได้ ร้องให้ไปก็ไม่มีประโยชน์ ที่เขาตกบันไดก็อาจจะเป็นเรื่องของเวอร์กรรมที่เขาทำกับเรา ทำกับลูกเราก็ได้ คือสมัยก่อนอะเมื่อก่อนเราก็อวดูชิพอเอ็งนะไม่ดูแลพวกเอ็งเลยอะไรอย่างเงี้ย จะให้แม่ดูคนเดียว ” (ป้ามะลิ, สัมภาษณ์, 28 มิถุนายน 2564)

ความเชื่อของป้ามะลิที่มีต่อเหตุการณ์การสูญเสียสามีไปอย่างกะทันหันว่าเป็นเรื่องของเวอร์กรรม หากมองด้วยหลักของความเป็นจริงอาจพิจารณาได้ว่าการเกิดอุบัติเหตุของสามีเกิดจากความประมาทของสามี แต่หากมองในมุมมองในเรื่องของคุณค่าภายในที่ป้ามะลิมีความเชื่อในเรื่องศาสนาพุทธว่าการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากเวอร์กรรมที่สามีได้กระทำกับตนเองและลูกๆ ซึ่งการตีความของป้ามะลิไม่ใช่เรื่องผิดแต่อย่างใด ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่าความเชื่อในเรื่องของเวอร์กรรมส่งผลให้ป้ามะลิปฏิบัติกับสามีเป็นอย่างดี ถึงแม้จะไม่มีโอกาสในการปฏิบัติในช่วงขณะที่มีชีวิต หากภายหลังจากสามีเสียชีวิตป้ามะลิตัดสินใจที่จะจัดงานศพให้แก่สามีอย่างสมเกียรติ ถึงแม้จะต้องไปกู้ยืมเงินก็ตาม ผู้ศึกษาพิจารณาว่าป้ามะลิตัดสินใจทำเช่นนี้จะช่วยให้ตนเองและสามีหมดเวรหมดกรรมต่อกัน เพราะถือว่าเป็นการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้การที่ป้ามะลิตัดสินใจที่จะจัดงานศพให้แก่สามี ก็อาจส่งผลดีกับตนเองในอนาคตที่ญาติพี่น้อง รวมถึงลูกๆ ของป้ามะลิได้รับรู้ถึงความดี ความเมตตา และความรักที่ป้ามะลิแสดงออกให้แก่สามีที่มีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกับตนเอง หากในอนาคตป้ามะลิเสียชีวิตลง ป้ามะลิจึงคาดหวังให้สมาชิกในครอบครัวทำเช่นนี้

ส่วนกรณีของป้ามะลินที่สูญเสียมารดากับโรคชราในวัย 103 ปี ในช่วงเวลาของการดูแลมารดาที่โรงพยาบาลทางป้ามะลิน มารดา และครอบครัวได้เตรียมใจถึงการจากลาไว้ในเบื้องต้นเนื่องจากป้ามะลินเรียนรู้จากประสบการณ์จากครอบครัว และประสบการณ์จากการดูแลมารดาในวัยชราว่าการรักษาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงแค่การประคับประคองให้ผู้

จะไม่จากของรัก มันต้องจาก แล้วเราทำกรรมอะไรไว้ เราต้องรับกรรมอันนั้นที่เราทำ ทุกวันนี้ถ้าเราลำบาก ก็แสดงว่าเราทำกรรมไว้ เราใช้หมดเราก็ไป (ป๋ามาลิน, ภาษณ, 11 กันยายน 2564)

ทั้งนี้ ความเชื่อของป๋ามาลินว่า “ทุกคนไม่มีใครที่จะไม่จากของรัก มันต้องจาก” ความเชื่อของป๋ามาลินสอดคล้องกับหลักการทางพุทธศาสนาที่กล่าวว่า ตัวตน หรือ อนัตตาเป็นสิ่งที่ไม่มีอยู่จริง หากต้องทำใจและปล่อยวางให้ได้ เนื่องจากต้องยอมรับต่อสภาพร่างกาย อวัยวะต่างๆ ที่มีความเสื่อมลงไปตามกาลเวลา ขึ้นต่อไปคือการปล่อยวางความรู้สึกที่จะช่วยให้ ลดทอนความทุกข์ ความเจ็บปวดลง ความเชื่อดังกล่าวของผู้สูงอายุบางรายและผู้ป่วยสามารถยึดถือ ปฏิบัติได้ หากในผู้สูงอายุและผู้ป่วยบางรายยังคงเชื่อในเรื่องของเวรกรรมในอดีตชาติ หรือชาติ ปัจจุบันที่ทำให้ตนเองต้องเผชิญกับโชคชะตาดังกล่าว

โดยสรุป ในระยะเริ่มต้นของการรับรู้ว่าคุณค่าอันเป็นที่รักต้องเผชิญกับ อาการเจ็บป่วยของโรคโดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้เตรียมความพร้อมในการรับมือ ทำให้ การแสดงออกถึงการรับรู้มีความแตกต่างกันออกไป เช่น การแสดงความรู้สึกของความสับสน ไม่เข้าใจ การแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ปฏิเสธความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การแสดงอารมณ์โกรธ หรือต่อต้าน และในบางรายเมื่อรับรู้ว่าการป่วยสามารถทำใจยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้น แม้ในช่วงแรกจะเกิดสภาวะ ซ็อก หรือตกใจกับสิ่งที่ได้รับรู้ หากสามารถปรับตัวและทำความเข้าใจต่อพยาธิสภาพของโรคที่กำลัง เผชิญจากแพทย์ โดยการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคที่ ตนเองเป็น และในบางรายได้สอบถามถึงระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่ของตนเองจากแพทย์ว่าตนเอง มีเวลาเหลือเท่าไร เพื่อวางแผนในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและทำตามความต้องการครั้งสุดท้ายของ ตนเอง ซึ่งปัจจัยของการยอมรับต่ออาการเจ็บป่วยอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ในชีวิตของคุณค่า นั้นๆ ที่เคยเผชิญกับการเจ็บป่วยและการสูญเสียทำให้เมื่อเจอกับสถานการณ์จริงจึงสามารถเตรียมใจ ได้ดีกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์

4.2.2 ระยะระหว่างเจ็บป่วยของคุณค่าอันเป็นที่รัก

ประสบการณ์ในการดูแลคุณค่าอันเป็นที่รักจนกระทั่งเสียชีวิต หรือ ประสบการณ์ ในการดูแลคุณค่าอันเป็นที่รักที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน พบว่า ภายหลังจากที่ทราบว่าคุณค่า อันเป็นที่รักมีอาการเจ็บป่วย และตนมีหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุบางรายมีการวางแผน ร่วมกับคุณค่าอันเป็นที่รักและครอบครัวในการเตรียมตัวก่อนตาย ในบางกรณีไม่ได้มีการวางแผนไว้ เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ขัดแย้ง ซึ่งการวางแผนการเตรียมตัวก่อนตายจะช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และ ครอบครัวยอมรับกับการจากลาได้ดีขึ้น จะช่วยให้เกิดความกล้าในการเผชิญกับความตายอย่างต่อเนื่องกับ ตัวเองเสมอว่าทุกคนล้วนหลีกเลี่ยงหนีความตายไม่พ้น หรือในทางหลักศาสนาพุทธเรียกว่า “การเจริญ

มรณานุสติ” อยู่ตลอด ในงานศึกษาครั้งนี้จึงได้แบ่งการเตรียมตัวก่อนการจากลาของบุคคลอันเป็นที่รักไว้ 2 กลุ่มคือ 1) บุคคลที่รักไม่มีการวางแผนเตรียมตัวก่อนตาย และ 2) บุคคลที่รักมีการวางแผนเตรียมตัวก่อนตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.2.1 การจากลาที่ไม่ได้รำลา: ไม่มีการเตรียมตัวก่อนตาย

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในช่วงระหว่างของการทำการรักษาเพื่อประคับประคองอาการของตนเอง ทางผู้ป่วยและญาติจะเริ่มมีการพูดคุยถึงแนวทางการรักษาร่วมกับแพทย์ที่ทำการรักษา ในบางรายเมื่อมีการพูดคุยถึงแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง หากไม่ได้มีการพูดคุยเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบของตนเอง และในบางรายผู้ป่วยไม่ได้แจ้งถึงความต้องการครั้งสุดท้ายของตนเองให้แก่ครอบครัวทราบ ดังเช่น กรณีของป้ารุจิ ป้าประภา และป้ามะลิ

ในกรณีแรก คือ กรณีของป้ารุจิหลังจากสูญเสียสามีจากโรคมะเร็งไปอย่างกะทันหัน ในขณะที่สามียังคงมีชีวิตอยู่ ไม่ได้มีการวางแผนเรื่องการเตรียมตัวตายกับป้ารุจิมาก่อน เนื่องจากความสัมพันธ์ของทั้งคู่มักจะทะเลาะเบาะแว้งกันเป็นประจำ เพราะสามีติดสุราอย่างหนัก โดยป้ารุจิได้กล่าวว่า

“ไม่รู้จะก็ไม่ค่อยได้ถามไม่ค่อยได้คุยอะนะ ไม่คุยไม่ได้ถามเลย ก็คิดว่าอะไรมันจะเกิดก็ให้มันเกิด” (ป้ารุจิ, สัมภาษณ์, 27 พฤษภาคม 2564)

กรณีของป้าประภาสูญเสียสามีจากโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ซึ่งความสัมพันธ์ของทั้งคู่มีความขัดแย้งกันอยู่เป็นประจำด้วยนิสัยชอบเข้าสังคมของสามี การบริหารกิจการร้านตัดเย็บเสื้อผ้าและธุรกิจพลอย การดูแลบุตรชายจึงตกแก่ป้าประภาเพียงคนเดียว สามีมักจะดื่มสุรา กลับบ้านดึกอยู่เป็นประจำ และมีพฤติกรรมชอบขโมยเงินของป้าประภาเพื่อออกไปสังสรรค์อยู่บ่อยครั้ง จนกระทั่งอายุได้ 59 ปี คลำเจอก้อนอยู่ที่ลำคอ เมื่อไปตรวจจึงพบว่าเป็นมะเร็งศีรษะและลำคอ หลังจากทราบผลสามีของป้าประภาหมดกำลังใจในการใช้ชีวิต ทำให้ไม่ได้มีการพูดคุยในเรื่องของการเตรียมตัวตาย โดยป้าประภาได้กล่าวถึงพฤติกรรมและความรู้สึกของสามีในขณะนั้นว่า

“เขา (สามี) ก็แบบหมดแรงอะ หมดกำลังใจอะ คือก่อนที่จะเป็นอะ ทั้งกินเหล้า ถึงตีหนึ่งตีสองอะ มันก็นั่งกินกับเพื่อนมัน” (ป้าประภา, สัมภาษณ์

ในการเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยื้อชีวิต การตัดสินใจในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับมารดาของสามี ซึ่งทางป้ามะลิและมารดาของสามีไม่ทราบว่าหากเป็นตัวของสามีจะตัดสินใจอย่างไร หากในช่วงเวลาในขณะนั้นทางญาติตัดสินใจตามอาการของการวินิจฉัยของแพทย์ เพราะหากเลือกที่จะยื้อชีวิตการดูแลจะต้องตกอยู่กับผู้ดูแล ซึ่งในขณะนั้นไม่มีสมาชิกในครอบครัวพร้อมดูแลหรือ รับผิดชอบ รวมถึงครอบครัวต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแล โดยป้ามะลิได้กล่าวว่า

“แม่เขาบอกว่าถ้าลุง (สามีของป้ามะลิ) เขาไม่ไหวก็ปล่อยลุงเขาไปเถอะ เพราะว่าไม่มีใครดูแล เพราะแม่สามีเขารู้ว่าเราไม่ดูแลอยู่แล้ว คือ ว่าเราไม่มีไม่ว่างแล้วลูกใกล้ทำงานเราก็ต้องดูแลลูกทางนี้” (ป้ามะลิ, สัมภาษณ์, 28 มิถุนายน 2564)

จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ของป้ารุจี ป้าประภา และป้ามะลิที่มีต่อผู้เสียชีวิตเป็นความสัมพันธ์ที่มีความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกันอยู่บ่อยครั้ง ทำให้การพูดคุย หรือวางแผนการเตรียมตัวก่อนตายจึงเป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยจะกล้าบอกความต้องการของตนเองให้ทราบ ในขณะที่ยังมีเรี่ยวแรง ดังเช่นกรณีของป้ารุจี และป้ามะลิที่สามีได้ถอนจากไปแบบกะทันหัน ทำให้ไม่มีช่วงระยะเวลาของการได้ดูแล หรือบอกความต้องการ จึงทำให้ทั้งสองคนไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้เสียชีวิต หรือสิ่งที่ติดค้างอยู่ภายในใจ

4.2.2.2 การเตรียมตัวเมื่อต้องพลัดพราก: การเตรียมตัวก่อนตาย

การที่บุคคลมีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนตาย หรือ การวางแผนการเตรียมตัวตายไว้ล่วงหน้า ในงานศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การแจ้งเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยื้อชีวิต 2) การเตรียมงานศพให้ตนเอง 3) การสะสางสิ่งที่ค้างคาใจ และ 4) ความต้องการเข้าถึงศาสนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) การแจ้งเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพื่อยื้อชีวิต

เมื่อผู้ป่วยพบว่า ตนเองได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากอาการของโรคทั้งด้านร่างกาย ความรู้สึก และอารมณ์จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งในผู้ป่วยบาง

การตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตของตนเองอยู่ 3 เหตุผล คือ 1.1) กลัวเป็นภาระให้แก่ครอบครัว 1.2) ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และ 1.3) การสูญเสียบทบาทและสมรรถนะทางร่างกาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 กลัวเป็นภาระให้แก่ครอบครัว

หลังจากที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองได้รับการวินิจฉัยโรคที่ตนเองเป็นว่าจะทำให้สุขภาพของตนเองอ่อนแอลง ไม่แข็งแรง เหนื่อยง่าย และสูญเสียการหน้าที่จากเดิมที่เคยปฏิบัติมาจำเป็นต้องใช้ชีวิตโดยการพึ่งพิงครอบครัวทำให้ผู้ป่วยบางส่วนตัดสินใจที่จะไม่ยื้อชีวิตของตนเองเพราะกลัวจะเป็นภาระของคนในครอบครัว และคิดว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ ดังเช่นที่ มารดาของปาลินนาได้สะท้อนความรู้สึกจากการเจ็บป่วยให้กับบุตรหลานได้ทราบถึงความต้องการของตนเองดังนี้

“แม่พอรู้ว่าเป็นมะเร็งใช้ไหม บอกไม่ต้องยื้อเขานะให้เขาไปสบาย อย่าให้ไปป้อนะ แม่สั่งไว้อย่าให้ป้อน” (ปาลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

เมื่อผู้ป่วยได้บอกความต้องการครั้งสุดท้ายให้แก่ญาติ หากเมื่อถึงเวลาตัดสินใจ ครอบครัวมักจะตัดสินใจด้วยความยากลำบากเพราะความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ไม่กล้าตัดสินใจที่จะทำตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย จึงเลือกแนวทางของการยื้อชีวิต เพราะมีความหวังว่าผู้ป่วยจะมีอาการที่ดีขึ้น ดังเช่นครอบครัวของปาลินนาที่ตัดสินใจยื้อชีวิตในการต่อท่อช่วยหายใจให้กับมารดา เพราะความเห็นของบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งไม่ตรงกัน ฝ่ายแรกเลือกที่จะทำตามความต้องการของมารดา อีกฝ่ายอยากให้ยื้อชีวิต ท้ายที่สุดแล้วจึงตัดสินใจที่จะยื้อชีวิตเพราะมีเรื่องของความกตัญญู และเรื่องของบาปบุญเข้ามาเกี่ยวข้อง หากเวลาผ่านไปสักพักค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มมากขึ้น พี่น้องจึงได้มาพูดคุยกันว่าจะยึดตามความต้องการของมารดาที่ได้แจ้งไว้ตั้งแต่ต้น เพราะหากยังเลือกที่จะยื้อชีวิตต่อไป คนที่รับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายก็จะลำบากไปด้วย ดังที่ปาลินนาได้กล่าวว่า

“ญาติพี่น้องทุกคนเขาจะเอาเงินมาช่วยตรงนี้นั้นเป็นไปได้ใช้ไหม ก็เลยปรึกษากัน ถ้าแม่เป็นอย่างนี้ ให้แม่ไปสบาย อย่า

ต้องปกปิดอาการป่วยเชื่อมโยงให้เห็นถึงบทบาทของสามีที่เคยเป็นผู้นำครอบครัวมาก่อน เมื่อตนเองมีอาการป่วย จึงเลือกที่จะปกปิดมากกว่าเปิดเผยให้ครอบครัวทราบ เพราะกลัวการซักถามจากบุคคลรอบข้าง กลัวการปฏิบัติกับตนเองเสมือนเป็นผู้ป่วยจะทำให้คุณค่าในตนเองลดน้อยลงกลัวว่าภรรยาและลูกจะต้องมาลำบากในการดูแล อีกทั้งภาพลักษณ์ของการเป็นผู้นำจะถูกแทนที่ด้วยการถูกมองว่าเป็นผู้ป่วย และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนั้น การเลือกที่จะปกปิดอาการป่วยอาจจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดทางด้านปาลินนาไม่เคยตั้งข้อสงสัยใดๆเลย จนกระทั่งวันที่สามีเข้าโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการไอเรื้อรัง และแพทย์ที่ทำการรักษาได้แจ้งกับปาลินนาว่า

เรารออยู่ข้างนอก (นอกห้องฉุกเฉิน) ยังได้ยินเสียงไอของเขาเลยอะ และมันก็มีประวัติว่าคนไข้จะมีประวัติเรื่องโรคหัวใจ ก็เรียกหมอโรคหัวใจลงมา และเขา (หมอ) บอกว่าเขานัดไว้ว่าจะมาผ่าอะไรแบบนี้ เขา (สามี) ก็ไม่มาตามนัด และหมอก็ถามว่าญาติไหม ก็บอกว่าใช่ เขาถามว่ารู้ไหมว่าเป็นโรคหัวใจ นัดแล้วก็ไม่มาทำ (ปาลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน 2564)

เมื่อปาลินนาทราบอาการป่วยของสามีว่าเป็นโรคหัวใจ ในช่วงขณะนั้นปาลินนาทำอะไรไม่ถูกมีแต่ความตกใจ “ตอนนั้นมันตกใจก็ไม่ได้ทำอะไรเลยอะ จำไม่ได้” หัวคิดแต่เพียงว่าทำไมสามีจะต้องปิดบังตนเองและครอบครัว ทำไมไม่ดูแลตนเองยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การกินน้ำแข็ง ทำงานหนัก หลังจากนั้นปาลินนาเริ่มกล่าวโทษตนเองที่ไม่ทันได้สังเกตพฤติกรรมของสามีว่ามีอาการป่วย

ทางด้านกรณีของป้าพรฟ้าสูญเสียสามีจากโรคไต ทั้งสองมีสัมพันธภาพที่สนิทสนมกันเป็นอย่างมาก ป้าพรฟ้ากล่าวว่าสามีเป็นทุกอย่างให้กับป้าเสมอ ทั้งคู่ชีวิตและเพื่อนคู่คิด ทั้งสองได้พูดคุยในเรื่องของการเตรียมความพร้อมก่อนตายด้วยกัน โดยทั้งคู่มีความคิดเห็นที่ตรงกันในการไม่ยื้อชีวิตของตนเอง เนื่องจากเป็นห่วงผู้ดูแล และกลัวครอบครัวจะเป็นภาระหากเมื่อถึงสถานการณ์จริงป้าพรฟ้าเลือกที่จะให้สามีได้รับการรักษาที่ดีที่สุดในการรักษาโรงพยาบาลเอกชน จนกระทั่งแบกรับค่าใช้จ่ายไม่ไหวจึงย้ายมาโรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งการตัดสินใจของป้าพรฟ้าสะท้อนให้เห็นถึงภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการยื้อชีวิตสามีหากท้ายที่สุดแล้วแพทย์ที่ทำการรักษาได้แจ้งกับป้าพรฟ้า

ดังที่กล่าวมาข้างต้นกรณีของป้าพรฟ้าที่สามีเคยเป็นเสาหลักของครอบครัวในการหารายได้ เมื่อสามีล้มป่วยลงบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวจึงตกแก่ป้าพรฟ้า อีกทั้งการเจ็บป่วยของสามียังทำให้ป้าพรฟ้ามีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการดูแล ป้าพรฟ้าใช้เงินเก็บทั้งหมดในการรักษาสามีของตนเอง จนกระทั่งต้องยืมเงินของบุตรทั้งสองคน เพราะคิดว่าสิ่งที่ตนเองตัดสินใจจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด หากสามีไม่ได้ต้องการเช่นนั้น จนท้ายที่สุดแล้วป้าพรฟ้าต้องตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด และตรงกับความต้องการครั้งสุดท้ายที่ได้แจ้งไว้ตั้งแต่ต้น

กรณีสุดท้าย คือกรณีของป้านภาสูญเสียมารดาจากโรคโลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ ในกรณีของป้านภานั้นทางครอบครัวไม่ได้มีปัญหาในเรื่องของภาระค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด หากมารดาที่มีความกังวลที่จะทำให้ครอบครัวต้องมาลำบากในการดูแลตนเอง เพราะมารดาของป้านภาเริ่มช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในวัย 74 ปี เมื่อตรวจพบโรคป้านภาและทางครอบครัวตกใจเป็นอย่างมาก ป้านภาต้องการเสียสละไขกระดูกของตนเองให้แก่มารดาเพราะหวังว่าหากมารดาได้รับการเปลี่ยนถ่ายกระดูกอาการคงจะดีขึ้น หากทางแพทย์ก็ได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยสูงอายุแล้วไม่ควรผ่าตัดใหญ่ ควรจะรักษาแบบประคับประคอง ทางมารดาของป้านภาได้กล่าวกับป้านภาว่าตนเองไม่เอา เพราะถือว่าใช้ชีวิตมาคุ้มแล้ว และไม่อยากจะให้ป้านภาต้องมาลำบากเพราะตนเอง

“พี่ก็บอกว่าตอนนั้น เขาก็ยังมีการปลูกถ่ายไขกระดูก พี่ก็ถามบอกว่า เราเอาของเราไขกระดูก ออกได้ไหมสักข้างหนึ่ง อะไรเปลี่ยนให้แม่ แม่ไม่เอา แม่บอกไม่เอาแล้ว กลัวเดี๋ยวมันเป็นอะไร” (ป้านภา, สัมภาษณ์, 14 กันยายน 2564)

กล่าวโดยสรุป การตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยมองว่าตนเองจะเป็นภาระให้แก่ครอบครัว เช่น ภาระในค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น ภาระในการดูแลที่ผู้ดูแลอาจสูญเสียเวลาส่วนตัว หรือเกิดภาวะความเครียดจากการดูแล ซึ่งการตัดสินใจไม่ยื้อชีวิตเป็นเรื่องยากของครอบครัวในช่วงแรกที่จะตัดสินใจตามความต้องการของผู้ป่วย เพราะครอบครัวจะต้องต่อสู้ให้สุดความสามารถ เข้าสู่ระยะต่อต้านการเจ็บป่วย และหาที่พึ่งทางศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว หรือการใช้เงินเก็บทั้งหมดเพื่อรักษา

กรณีแรก คือ ป้าสุณีที่สูญเสียมารดาเลี้ยงของสามีจากโรคหวั และปัจจุบันดูแลสามีป่วยด้วยโรคหัวใจ โดยมารดาเลี้ยงได้บอกถึงความต้องการของตนเองกับป้าสุณีว่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อแล้วเพราะทรมาณ

“พี่ก็จับมือแถมบอกแกว่าอย่าทุกข์มากนักนะ แต่แกก็ทุกข์นะ แกก็บอกกับพี่ว่าไม่อยากอยู่แล้วอยากจะไป แกทรมาณ” (ป้าสุณี, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

เมื่อมารดาเลี้ยงได้แจ้งความต้องการแก่สมาชิกในครอบครัวว่าห้ามยื้อชีวิตของตนเอง ทางครอบครัวจึงได้ยึดถือแนวทางการรักษาดังกล่าว โดยการรักษามารดาเลี้ยงแบบประคับประคอง เมื่อสามีของป้าสุณีรับรู้ว่าการป่วยของมารดาเลี้ยงตนเอง จึงเกิดความตระหนักในอาการป่วยของตนเองเช่นกัน จึงได้แจ้งกับป้าสุณีและครอบครัวว่าห้ามยื้อชีวิตของตนเองโดยป้าสุณีได้กล่าวว่า

“แก (สามี) ก็เคยบอกไม่อยากอยู่แล้ว แกก็ทรมาณไปไหนก็ไม่ได้เลย คือคนเป็นโรคหัวใจมันจะไปเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ใช่ไหม บางทีหัวใจล้มเหลว เขาก็ไม่ให้พี่ยื้อ คือพี่ก็ทำใจแล้ว คือก็ต้องเตรียมใจไว้” (ป้าสุณี, สัมภาษณ์, 19 สิงหาคม 2564)

นอกจากนี้ ป้าสุณียังมีประสบการณ์ในการดูแลมารดาเลี้ยงที่เจ็บป่วย ซึ่งในระหว่างนั้นสามีรับรู้ว่าการป่วยของมารดาเลี้ยงมาตั้งแต่ระยะเริ่มเจ็บป่วย จนกระทั่งช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้สามีของป้าสุณีตระหนักถึง

เมื่อวันที่ภรรยาของลุงประภาสเป็นลมจากการไปทดลองใช้เตียงไฟฟ้าทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ถูกส่งตัวไปโรงพยาบาล โดยภรรยามีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง อยู่แต่เดิม เมื่อลุงประภาสและทางครอบครัวเดินทางไปโรงพยาบาล แพทย์ที่ทำการรักษาได้พูดคุยกว่า

“เขา (แพทย์) ก็พูดมาว่าจะต้องทำอย่างนี้ ๆ นะ และเขา (ภรรยา) อาจจะเหมือนเดิม ไม่ผ่าไม่ได้เพราะเส้นหัวใจตรงนี้เขา (ภรรยา) แตก ตอนนั้นมันต้องทำอยู่แล้วแหละ ไม่ทำไม่ได้ ตัดสินใจให้ทำอยู่แล้ว เราก็บลูก็รื้อหน้าห้องผ่าตัดเป็นห่วงเขา (ภรรยา) ไปหมด” (ลุงประภาส, สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2564)

ถึงแม้ว่า ภรรยาของลุงประภาสจะตัดสินใจที่จะไม่ให้ยื้อชีวิตของตนเอง หากเมื่อถึงสถานการณ์จริงกระบวนการตัดสินใจเป็นของลุงประภาสและครอบครัวในการเลือกที่จะยื้อชีวิต ถึงแม้แพทย์ที่ทำการรักษาจะอธิบายถึงผลกระทบหลังจากผ่าตัดว่าผู้ป่วยอาจช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หากทางครอบครัวในช่วงเวลาดังกล่าวต้องการรักษาชีวิตของผู้ป่วยไม่ว่าผลกระทบจะเป็นเช่นไร ลุงประภาสและครอบครัวพร้อมที่จะฝ่าฝืนอุปสรรคดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการตัดสินใจในการเลือกยื้อชีวิตของผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกับแรงสนับสนุนทางครอบครัว ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว พยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรคที่ทางครอบครัวได้รับคำแนะนำจากแพทย์และทีมสุขภาพในการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบหลังจากผ่าตัด ดังนั้น ลุงประภาสและครอบครัวจึงตัดสินใจที่จะยื้อชีวิตของภรรยา

กรณีของป้าสุณี และลุงประภาส บุคคลอื่นที่เป็นที่รักมีเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ความทรमान เพราะสามีเป็นห่วงครอบครัวไม่อยากให้ต้องมารับภาระดูแลหากตนเองต้องเป็น
เจ้าชายนิตรา ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยป้าอรรถัยได้กล่าวถึงคำพูดของสามีไว้ว่า

“มีบอกว่าห้าม ห้ามไปปืม ห้ามไปใส่สายยาง กินข้าว สายยาง
ไม่เอา ปล่อยไปเลย ไม่เจ็บไม่ทรमान ต่อให้ยื้อยังงี้ก็เอาไม่อยู่ขึ้นไปแบบสงบดีกว่า อย่าทรमानตัวเอง
แล้วก็คนดูแล” (ป้าอรรถัย, สัมภาษณ์, 11 กันยายน 2564)

จากกรณีของป้าอรรถัย จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยของสามีด้วยโรค
เส้นเลือดในสมองตีบนั้นว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย
ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจึง
ต้องทำความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค ผลกระทบของโรค เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสภาพปัญหา
ทางด้านต่างๆที่เผชิญได้ อีกทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการเตรียมตัวก่อน
เสียชีวิตของผู้ป่วย การกำหนดเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย หรือ ความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย
เพื่อการจากลาของผู้ป่วยในอนาคต

(2) การเตรียมงานศพ

การคิดถึงงานศพของตนเองเป็นอีกวิธีหนึ่งในการเตรียมความพร้อมก่อน
ตาย เพื่อให้เจ้าของงานได้ออกแบบงานศพของตนเองว่าควรเป็นอย่างไร อยากให้บุคคลใดมาร่วมงาน
บ้าง ควรจะจัดเตรียมงานกี่วัน งบประมาณควรเป็นอย่างไร การจัดการเงินร่วมทำบุญ การจัดการอ

เธอชอบชุดไหนไหม ตอนสามมีพี่เสียก็ทำได้ เราก็เตรียมการตลอดตั้งแต่เริ่มต้น (ป่าผกาย, สัมภาษณ์, 26 กรกฎาคม 2564)

กรณีที่สอง คือ ลุงประภาสซึ่งปัจจุบันดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคอัมพาตทางครอบครัวได้พูดคุยถึงเรื่องการวางแผนการรักษาและการเตรียมความพร้อมสู่การตายอย่างสงบ โดยลุงประภาสมีการวางแผนในการไปซื้อที่สุสานไว้ฝั่งศพตนเองและภรรยาให้อยู่ในบริเวณใกล้กัน เพื่อที่จะไม่ให้ลูกหลานลำบากในเทศกาลเซ็งเม้ง (ไหว้บรรพบุรุษที่สุสาน)

“ผมไปซื้อโลงไว้ที่สุสานXXX อันนี้ที่เราเอาไว้ใกล้ๆ พ่อและแม่เราเพราะเวลาลูกหลานมาไหว้จะได้ไม่เสียเวลาอีก” (ลุงประภาส, สัมภาษณ์, 31 กรกฎาคม 2564)

และกรณีสุดท้าย คือ ป้าพรฟ้าที่สามได้มีการสั่งเสียไว้ก่อนที่จะล้มป่วยว่าเมื่อทำพิธีเผาศพแล้วไม่ต้องเก็บอัฐิไว้ให้ลอยอังคารไปให้หมด เพราะกลัวว่าจะเป็นภาระให้กับลูกหลานถ้ายังเหลือของใช้ไว้ในบ้าน

“เขาก็สั่งว่าถ้าตายก็เผา เผาให้หมด

ดูแลเป็นหลัก ถึงแม้ความสัมพันธ์ของทั้งคู่ไม่ได้ดีเหมือนพ่อลูกคนอื่นๆ หากก่อนที่บิดาจะเสียชีวิตได้กล่าวสิ่งที่ติดค้างในใจกับป้าลดาว่า

“พ่อบอกกับพี่ว่าต้องมาลาบากให้ลูกดูแล พ่อไม่เคยได้ดูแลเลย พี่ก็ถือว่าที่เขาพูดมาเขาคิดได้แล้ว ก็เขาทำตัวเองทั้งนั้น หนูๆ ก็กินแต่เหล้า แต่ทำไงได้อะมันเป็นไปแล้วก็ต้องเอากลับมาดูแล มาตายที่บ้าน” (ป้าลดา, สัมภาษณ์, 25 สิงหาคม 2564)

อย่างไรก็ตาม การขอโทษ หรือขออโหสิกรรมระหว่างป้าลดา และบิดาที่มีความไม่เข้าใจกันเป็นระยะเวลานานการพูดคุยจึงเป็นเรื่องยาก หากบิดารับรู้ว่าตนเองไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้นานจึงเลือกที่จะเป็นฝ่ายกล่าวคำขอโทษกับป้าลดาในสิ่งที่ตนเองทำผิดในอดีต ซึ่งในความรู้สึกของป้าลดาที่เฝ้ารอคำขอโทษของบิดามาเกือบยี่สิบปี เมื่อได้รับฟังคำขอโทษของบิดาจึงให้อภัยและปล่อยวางกับเรื่องในอดีตลงได้

กรณีของป้านภาเมื่อมารดาเริ่มมีอาการป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน มารดาถามหาพี่ชายคนโตอยู่ตลอดเวลา หากป้านภาและครอบครัวไม่กล้าบอกความจริงว่าพี่ชายประสบอุบัติเหตุรถชนเสียชีวิตในช่วงปีใหม่ ในช่วงเวลานั้นทุกคนในบ้านจะผลัดกันเฝ้ามารดา และที่เหลื่อไปร่วมงานศพ ไม่มีใครกล้าแต่งชุดสีดำ หากจะใส่สีเทา หรือสีน้ำเงินแทนกลัวมารดาจะสงสัยจนมารดาเอ่ยปากว่า “ออกไปไหนทุกวัน เทียวตอนปีใหม่ยังไม่พออีกหรือ” ซึ่งป้านภาต้องยอมโกหกทั้งๆ ที่ไม่ใช่นิสัยของตนเองว่าตนออกไปเที่ยวกับเพื่อน หากแท้จริงแล้วคือไปร่วมงานศพพี่ชาย ทาง

จะปิดบังความจริงดังกล่าว เมื่อพิจารณาในมุมมองของศาสนาพุทธในเรื่องของการตายอย่างสงบพบว่า หากมารดารับรู้ความจริงอาจทำให้ไม่ปล่อยวาง จิตสุดท้ายจะผูกอยู่กับความเสียใจและกระวนกระวายใจที่เกิดจากการสูญเสียบุตรชายอันเป็นที่รัก อาจทำให้มารดาจากไปอย่างไม่สงบ ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ครอบครัวและทีมสุขภาพต้องปกปิดความจริง และเมื่อผู้ศึกษาวิเคราะห์ถึงการบอกกล่าวความจริงในช่วงเวลาที่อีกฝ่ายเสียชีวิตแล้วจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เสียชีวิตอย่างไร และไม่มีสิ่งใดที่พิสูจน์ได้ว่าผู้เสียชีวิตจะรับรู้ข่าวสาร/ ข้อมูลดังกล่าว รวมไปถึงโลกหลังความตายมีอยู่จริงหรือไม่ จากการที่พี่ชายคนที่สองมากล่าวกับป้านภาว่า “เขา (มารดา) ไปแล้วรู้หรือว่า เขา (มารดา และพี่ชาย) จะเจอกัน (ทางด้านป้านภา) แล้วก็บอกว่า ไม่รู้ยังงัยขอให้บอก” ผู้ศึกษาวิเคราะห์ว่า การที่พี่ชายกล่าวเช่นนี้อาจเป็นเพราะมองว่าการที่บุคคลเสียชีวิตไปแล้วอาจไม่ได้เจอกัน มารดาก็คงไม่ทราบความจริงว่าพี่ชายเสียชีวิตแล้ว ไม่เห็นจำเป็นที่ป้านภาต้องบอกกล่าว ทางด้านป้านภาไม่ได้คิดเช่นนั้น จึงตัดสินใจที่จะบอก และป้านภาก็ไม่ทราบเช่นกันว่าโลกหลังความตายเป็นเช่นไร ตัวพี่ชายที่เสียชีวิตและมารดาจะได้เจอกันหรือไม่ หากตนเองขอเพียงแคได้บอกความจริงแก่มารดาว่าพี่ชายเสียชีวิตแล้ว ซึ่งในทางวิชาการ หรือวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันก็ยังไม่มียืนยันถึงการที่บุคคลเสียชีวิตแล้วไปไหน โลกหลังความตายเป็นเช่นไร หากพิจารณาในแง่ของความรู้สึกของป้านภา การบอก

กลุ่มใจเรื่องครอบครัวที่บ้านและพี่น้องบางที่เราก็จะไม่เล่า” (ป๋ามาลิน, สัมภาษณ์, 11 กันยายน 2564)

ในช่วงระหว่างที่มารดาพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ป๋ามาลินรับหน้าที่ในการดูแลให้แก่มารดาเสมอ ป๋ามาลินมักจะเปิดธรรมะ และอ่านหนังสือธรรมะให้แก่มารดาฟัง เนื่องจากการดาขึ้นชอบ รวมถึงเล่าเรื่องราวชีวิตประจำวันของตนเองให้ฟังซึ่งการกระทำของป๋ามาลินนับว่าเป็นการเตรียมตัวก่อนตายด้านจิตวิญญาณให้แก่มารดาให้ตนเองมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณในสิ่งที่ตนเองศรัทธา ซึ่งการฟังธรรมะจะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าทุกวินาทีที่ยังหายใจ คือโอกาสในการมีชีวิตอยู่และการเตรียมใจในการจากลาอย่างสงบ รวมถึงยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ญาติในการรับมือกับการจากลา

กรณีที่สอง คือ ป้าสุณีได้นำธรรมะเข้ามามีส่วนในการดูแลมารดาเลี้ยง เนื่องจากการดาเลี้ยงขึ้นชอบการทำบุญ ฟังพระเทศน์ หากไม่มีโอกาสในการออกจากบ้านไปวัดเพราะความชราของตนเอง ป้าสุณีจึงเปิดธรรมะให้ฟังแทน

“พี่ (ป้าสุณี) ก็บอกเขา (มารดาเลี้ยงของสามี) ว่าทำให้สบายๆ อย่าไปเครียด ก็เปิดธรรมะ ให้แกดูละก็เอาหนังสือสวดมนต์ให้ แก

การตายและการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของผู้ป่วย นอกจากนั้นศาสนายังเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางอารมณ์และความหวังให้แก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการที่พึ่งทางจิตวิญญาณให้เผชิญกับสภาพการณ์ก่อนตายของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการวางแผนการเตรียมตัวก่อนตายไว้ในเบื้องต้นให้แก่ตนเอง สะท้อนให้เห็นถึงระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่มีการพูดคุยร่วมกันถึงแนวทางการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย และการได้รับการสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากครอบครัวในการเตรียมความพร้อมก่อนการตาย เช่น ด้านจิตวิญญาณในการเข้าถึงศาสนา การขอโทษกรรม การสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับความรู้เรื่องสิทธิในการแสดงเจตนา ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต สิทธิในการแสดงเจตจำนงไม่ต้องการการยืดชีวิต เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนการเตรียมตัวก่อนตายจะช่วยให้รับมือและเตรียมใจกับการจากลาได้ดี

ร่วมงานศพของบิดา และวางแผนที่จะพามารดากลับไปด้วยหากป่าลินนาปฏิเสธเพราะเป็นห่วงเรื่องงานศพ โดยป่าลินนากล่าวว่า

พวกลูกอะกลับมา แต่ลูกเขยและลูกสะใภ้จะอยู่ที่นั่นช่วยดูแลร้านอาหาร พวกลูกก็กลับมาช่วยงานศพ และก็ชวนกลับไป แต่แม่บอกว่าแม่ไปไม่ได้หรอก ถ้าไปก็ทิ้งภาระให้คนที่นี้ได้ยังไง ก็คือคนเขาก็ต้องมาไหว้ 7 วัน ทำบุญสังฆทานตามประเพณี ก็ต้องอยู่ที่นี้แหละ เพื่อนฝูงเยอะไม่ต้องห่วง (ป่าลินนา, สัมภาษณ์, 7 มิถุนายน

หากพิจารณาถึงระยะเวลาของการจัดพิธีบำเพ็ญกุศลไม่สามารถบอกได้แน่ชัดว่าควรจะเป็นระยะเวลาที่วัน เพราะปัจจัยของการจัดงานขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในครอบครัวนั้นๆ หรือหากพิจารณาบนหลักความเชื่อทางศาสนาพุทธในเรื่องของการจัดงานศพหลายวันนั้นเปรียบเสมือนกับการประคองความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวให้คลายความเศร้า และทำให้ตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิต ความไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต การระลึกถึงความตายก่อนตายได้เป็นอย่างดี รวมถึงการจัดงานศพหลายวันเพื่อเป็นการรอให้ญาติที่อยู่ไกลสามารถเดินทางมาร่วมงานได้ เพราะงานศพเป็นเสมือนกับงานที่ได้พบปะญาติพี่น้อง

โดยสรุป การจัดการพิธีศพให้แก่ผู้ล่วงลับ ทั้งกรณีของปาลิณา

(1) ความเศร้าโศกที่บุคคลยอมรับและปรับตัวได้

ภายหลังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูญเสียจะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ของการสูญเสีย ในช่วงระยะแรกอาจเกิดความรู้สึกเศร้า เสียใจ คิดถึงต่อผู้ที่ล่วงลับ แต่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียดังกล่าวได้โดยไม่เสียการหน้าที่ หรือกระทบกับบทบาทของตนเอง โดยผู้ศึกษาจะขอยกตัวอย่างในกรณีของป้ารุจีที่สูญเสียสามีจากโรคลมชัก และป้าสุณีที่สูญเสียมารดาเลี้ยงจากโรคชรา ดังนี้

ภายหลังจากการสูญเสียสามีไปด้วยโรคลมชัก ป้ารุจียังคงอาศัย

(2) ความเศร้าโศกที่ทำให้ใจลำบากและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

เมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย ผู้สูงอายุบางส่วน

พฤติกรรมดังกล่าวของป่านานับว่าเป็นความเศร้าโศกเศร้าที่ทำให้ใจลำบาก และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อนสนิทของป

ครอบครัว ศาสนา หรือความเชื่อที่ตนเองนับถือ ฐานะทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงประสบการณ์ตรงจากการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การเข้าร่วมงานศพ การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ทางอ้อมจากการฟังเรื่องเล่า การอ่าน

ชีวิตของตนเอง วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสำเร็จในชีวิต และระดับสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการให้ความหมายการตายในแง่มุมดังกล่าว

