

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความตาย คือ การที่หัวใจหยุดเต้น และมีการหยุดหายใจ นั่นคือเมื่อกระบวนการและวิธีการทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้หยุดทำงานโดยสิ้นเชิง และร่างกายเสื่อมสลายไป การหยุดของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้อีก (มานิตย์ เจริญสุวรรณ, 2543) การพูดถึงความตายนั้น มีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึก วัฒนธรรมและจิตใจ ใครที่พูดถึงความตายจะถือเป็นลางไม่ดี หรืออัปมงคล คำนี้จึงถูกห้ามไปโดยปริยาย ความรู้สึกหวาดกลัวถูกฝังลึกในจิตใต้สำนึก และหวาดผวากับความรู้สึกที่มีต่อชีวิตประจำวัน ถ้าหากพูดถึงความตายบ่อยๆก็เท่ากับถึงความตายให้เข้ามาใกล้ชีวิตจริงทุกขณะสังคมในอดีตนั้น ความตายเป็นวัฒนธรรมที่อยู่ใกล้ชิดกับชีวิตมาก อารยธรรมโบราณและความเชื่อหลายศาสนาเปรียบร่างกายของคนคล้ายเสื้อผ้า ซึ่งเมื่อเก่าผู้พังกี่ก็ต้องเปลี่ยน ความตายเป็นเพียงช่วงเวลาผ่านสั้นๆของกระแสชีวิต เป็นการผลัดจากชีวิตในร่างกายหนึ่งไปสู่มิติหนึ่ง แต่เศษเครื่องประดับ ซากสัตว์ หรือเสื้อผ้าที่ถูกฝังพร้อมร่างกายในสถานที่ฝังศพของมนุษย์นับพันปียืนยันความเชื่อว่าเรายังมีชีวิตอื่นที่สืบเนื่องต่อไปหลังความตาย หลายแห่งบันทึกความเชื่อเกี่ยวกับความตายและชีวิตหลังความตายไว้อย่างละเอียด ชาวอียิปต์โบราณมีความเชื่อว่าเป็นการเดินทางของวิญญาณในดินแดนแห่งความตาย ผู้นับถือศาสนาคริสต์ อิสลาม และอีกหลายศาสนาที่เชื่อในพระเจ้า เชื่อว่าจิตวิญญาณจะเดินทางต่อหลังจากที่ร่างกายตายแล้วและจะไปรวมกับพระเจ้าจึงไม่เกิดความกลัวเกี่ยวกับความตายและยอมรับด้วยความเต็มใจ (กรรณจรียา สุขรุ่ง, 2549)

วัฒนธรรมการตายของสังคมเอเชียความตายมิได้เป็นเรื่องที่จะต้องปิดบังซ่อนเร้นแต่เป็นเรื่องเปิดเผย เช่นในสังคมอินเดียบางท้องถิ่นจะมีพิธีกรรมละสังขารที่กระทำต่อสาธารณะ โดยคนแก่ๆ ที่เห็นว่าถึงเวลาที่ตนเองควรละสังขารได้ก็จะป่าวประกาศให้ญาติมาชุมนุมกัน เหมือนทำพิธีขอขมาแก่กันและรำลាក់ตามสมควรแล้วก็เดินทางสู่ความตายด้วยการอดอาหารจนดับขันธไปเอง เหมือนลาญาติมิตรเดินทางไปยังดินแดนไกล มีใจที่ปรารถนาดีต่อกันระหว่างผู้ไปส่งและผู้ลาจาก พิธีกรรมเช่นนี้กระทำเหมือนเหตุการณ์ใหญ่ๆในชีวิต เช่น โกงจุก แต่งงาน หรือขึ้นบ้านใหม่ ส่วนวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับความตาย คือ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่แวดล้อมผู้ป่วยซึ่งแสดงถึงความรัก ความเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดก่อนที่ผู้ป่วยจะจากโลกนี้ไป แม้ว่าจะมีหมอมาดูแลรักษาเป็นอย่างดีเมื่อผู้ป่วยตายจากไปก็อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมของลูกหลานและญาติพี่น้อง

ฉะนั้นความตายเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนของชีวิต ที่สมาชิกทุกคนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ได้มีส่วนร่วมรับรู้เกี่ยวกับความตายอย่างเปิดเผย (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2539)

กระบวนการของภาวะใกล้ตายเป็นคำถามและถูกหยิบยกขึ้นมาและมีความสำคัญมากในทางการแพทย์ บทบาทของแพทย์ และพยาบาลที่ต้องเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วยที่กำลังจะตายนั้นเปลี่ยนแปลงไปในช่วงต่างๆ ตามพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ เช่น ในวัฒนธรรมยุคกลางนั้น แพทย์จะเกี่ยวข้องกับคนที่กำลังจะตายเพียงเล็กน้อยเท่านั้น โดยคนส่วนใหญ่เชื่อว่าแพทย์มีความสามารถจำกัด แพทย์ส่วนมากจึงปฏิเสธที่จะพยายามรักษาหรือดูแลผู้ป่วยที่เห็นชัดว่ากำลังจะตาย จรรยาแพทย์ในสมัยนั้น ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าอย่าได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกี่ยวกับคนใดคนหนึ่งที่กำลังจะตาย ในสมัยกลาง กาฬโรคเป็นต้นเหตุให้คนในประเทยุโรป ตะวันตกล้มตายเป็นจำนวนมากทางศาสนจักรจึงเห็นว่าภาวะของคนใกล้ตายนั้นมีความสำคัญที่สุดเพราะเป็นช่วงเวลาที่เหลืออยู่ไม่มากที่เปิดโอกาสสุดท้ายให้มีการขอโทษกรรมต่อผู้นั้นจากการกระทำล่วงเกินของเขาในระยะที่ผ่านมา ความตายเป็นเสมือนโครงกระดูกคลุมด้วยผ้าสีดำ ไม่มีใครเชื่อว่าแพทย์และยาขนานใดๆจะสามารถเปลี่ยนแปลงกระบวนการของธรรมชาติได้ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

เมื่อคริสตวรรษที่ 18 แนวคิดดังกล่าวเปลี่ยนไป ความเชื่อดั้งเดิมที่ว่าความตายเป็นการลงโทษของพระเจ้าก็ได้ค่อยๆเปลี่ยนไปกลายเป็นความเชื่อที่ว่า ความตายเป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยา ซึ่งสามารถป้องกันได้ หรือเลื่อนกำหนดระยะเวลาออกไปได้วิธีทางการแพทย์ ต่อมาจนถึงคริสตวรรษที่ 19 และ 20 การค้นพบทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมากมายได้ถูกนำมาวิจัยและรักษาโรคมมากขึ้น รวมทั้งสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวขึ้น (ฮีบราอัม ฟารีดา, 2521)

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตายหลักๆ เป็น 3 ประเภท คือ การตายจากโรคติดต่อ การตายจากโรคไม่ติดต่อ และการตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ ข้อมูลจากการตายในปี 2543 ของประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีคนตายทั้งหมด 14 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งตายจากโรคไม่ติดต่อ (ร้อยละ 51.3) อีกหนึ่งในสาม ตายจากโรคติดต่อ (ร้อยละ 39.0) การตายจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (ร้อยละ 9.7)

ตารางที่ 1 : สาเหตุการตายในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทั่วโลก พ.ศ. 2543

สาเหตุการตาย	จำนวนคนตาย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	จำนวนคนตาย ทั่วโลก	ร้อยละของการตาย ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
โรคติดต่อ	5,517,000	17,777,000	39.0
โรคไม่ติดต่อ	7,268,000	32,854,000	51.3
อุบัติเหตุและบาดเจ็บ	1,372,000	5,063,000	9.7
รวม	14,157,000	55,694,000	100.0

ที่มา : WHO Geneva, World Health Report 2001 จาก Health Situation in South-East Asia Region, 1998- 2000

ปัจจุบันคนจำนวนมากป่วยและเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษา ข้อมูลล่าสุดจากกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2548 คนไทยร้อยละ 90 เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันสูง เบาหวาน และมะเร็ง โดยการตายด้วยมะเร็งมีมากเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยความดันโลหิตสูง เบาหวานและหัวใจตามลำดับ

จากสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ.2540 พบว่าอัตราการตายของโรคมะเร็งทุกชนิดของประเทศไทยมีลักษณะที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

ตารางที่ 2 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532-2540

ปีพ.ศ.	โรคมะเร็งทุกชนิด
2532	31.5
2533	39.3
2534	41.2
2535	45.0
2536	45.0
2537	46.2
2538	46.5
2539	48.0
2540	50.0

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2540

สถานการณ์ของโรคมะเร็ง ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณการว่า ในปี พ.ศ.2543 มีผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 22.4 ล้านคน มีคนตายด้วยสาเหตุของโรคมะเร็งปีละ 6.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของสาเหตุการตายทั้งหมดซึ่งมากกว่าจำนวนคนตายจากโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียรวมกัน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ปีละ 10.1 ล้านคน คาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพิ่มขึ้น 15.7 ล้านคนและจะมีคนตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น 10 ล้านคนต่อปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2543)

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (NCI) และศูนย์ควบคุมโรค (CDC) ของสหรัฐอเมริกาพยากรณ์ว่าภายในหนึ่งทศวรรษนับจากนี้ ค.ศ. 2000ไป มะเร็งจะเข้ามาแทนที่โรคหัวใจในฐานะฆาตกรหมายเลขหนึ่งของชาวอเมริกัน กล่าวคือมะเร็งเป็นฆาตกรเบอร์หนึ่งของคนอายุต่ำกว่า 75 ปี ยิ่งในช่วง 45- 64 ปีแล้ว ตายจากมะเร็งมากกว่าอีก 3 สาเหตุใหญ่รวมกัน คือโรคหัวใจ อุบัติเหตุ และสโตรค ตลอด 50 ปีที่ผ่านมามนุษย์สามารถเอาชนะโรคหัวใจและสโตรค จนมีอัตราการตายลดลงร้อยละ 59 และร้อยละ 69 ตามลำดับ ถึงแม้จะมีคนไข้กลุ่มนี้จะมีชีวิตรอดนานกว่า แต่ถ้าดูเป็นภาพรวมแล้วการรอดชีวิตจากโรคมะเร็งมีบ่อยครั้งที่วัดกันเป็นเดือนมากกว่าเป็นปี

ขณะเดียวกันมะเร็งที่รักษาให้หายขาดมีไม่กี่ชนิด (ชุมศักดิ์ พุกซาพงษ์, 2548) และมีผู้กล่าวไว้ว่า การที่กลุ่มผู้ก่อการร้ายที่จ้องหาโอกาสทำร้ายชาวอเมริกันในดินแดนของสหรัฐอเมริกา ถ้าลองศึกษาเรื่องโรคมะเร็งแล้ว พวกเขาจะเห็นว่าไม่ต้องคิดวิธีที่ยุ่งยากเลยในการฆ่าชาวอเมริกัน เพราะว่า ในปีพ.ศ. 2547 ที่ผ่านมามีชาวอเมริกันตายจาโรคมะเร็ง 563,700 คน และใน 12 ถึง 14 เดือนนับจากปี พ.ศ.2547 ชาวอเมริกันตายจากโรคมะเร็งมากกว่าทหารอเมริกันที่ตายในสงครามที่สหรัฐอเมริกาเข้าไปเกี่ยวข้องด้วย (ชุมศักดิ์ พุกซาพงษ์, 2548)

มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลานานหลายปีในการก่อโรคและการตรวจพบ ระบบการสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้น มีการควบคุมโรคติดต่อดีขึ้น มีการควบคุมให้อัตราการตายของทารกแรกเกิดและเด็กลดลง ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปพบการตายในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากขึ้นจากโรคมะเร็ง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2549)

สำหรับประเทศไทย จากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (ตั้งแต่ปี 2533 -2545) พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปี 2533	พบมะเร็งรายใหม่	58,700 ราย
ปี 2536	พบมะเร็งรายใหม่	63,500 ราย
ปี 2539	พบมะเร็งรายใหม่	80,900 ราย
ปี 2542	พบมะเร็งรายใหม่	100,000 ราย
ปี 2545	พบมะเร็งรายใหม่	125,000 ราย

ในเพศชายมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งตับ ปอด ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ช่องปาก ต่อมลูกหมาก

ในเพศหญิง มะเร็งที่พบมาก 5 อันดับ ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก เต้านม ตับ ปอด ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

โรคมะเร็งมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีนัก และมีความก้าวหน้าในการรักษาไม่มากนัก ในช่วง 25ปีที่ผ่านมา มีรายงานว่าโอกาสที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีชีวิตอยู่รอดได้ถึง 5 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 13 เท่านั้น อัตราการรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าจากการผ่าตัด

(สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมอนามัย, 2543) ส่วนหนึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่พบรายใหม่ในประเทศไทยเป็นระยะที่มีการลุกลามของตัวมะเร็งไปที่อวัยวะต่างๆของร่างกายก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคมะเร็ง ซึ่งจะนำไปสู่การตายในระยะไม่นานรวมทั้งเป็นการยากที่จะรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่เป็นการประคับประครองให้มีชีวิตที่ยาวขึ้นเท่านั้น

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บป่วยได้ จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และผู้ป่วยไม่ควรถูกต้องตายแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย ซึ่งทำให้ระบบการแพทย์มีอิทธิพลมากขึ้นในฐานะที่เป็นผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญในโรคต่างๆ รวมทั้งเชื่อมั่นว่ามนุษย์สามารถเอาชนะโรคต่างได้เสมอ ทุกชีวิตมนุษย์ผูกขาดกับการรักษาของแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2548)

หากกล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ด้วยระบบการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกมักจะมองเรื่องการรักษาพยาบาลเฉพาะมิติทางกายภาพ การรักษาพยาบาลจึงมุ่งไปที่การใช้ยาและกระบวนการรักษาให้ผู้ป่วยหายจากโรคภัย ไข้เจ็บที่เป็นอยู่ แม้ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ส่วนหนึ่งก็มองว่าความตายเป็นเรื่องที่ควบคุมได้ มองปัญหาเป็นเพียงมิติทางกายภาพ โดยตัวเองเป็นศูนย์กลาง ทำให้มองข้ามความจริงตามธรรมชาติที่เป็นอยู่และก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมา (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2548)

สิ่งที่ตามมาที่พบปัญหาในผู้ป่วยที่ใกล้ตาย จะก่อให้เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว สิ่งผู้ป่วยปรารถนาคือใครสักคนที่เข้าใจ อยู่ข้างๆ รวมทั้งมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รายรอบเมื่อเขาต้องการด้วยความคาดหวังว่าจะช่วยลดความวิตกกังวลของตนเองและญาติ สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพ จากอัตราการเจ็บป่วยและผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยและญาติก็เกิดความกลัวและเกรงใจที่จะสอบถามทั้งด้านการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาโดยถือว่าการตัดสินใจของแพทย์คนทั่วไปคิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด

ปัญหาเหล่านี้ น่าจะสามารถแก้ไขโดยแนวคิดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ บางครั้งก่อให้เกิดความสับสนในการรักษาพยาบาลหรือทำอะไรสวนทางต่อความเป็นจริง และ

กระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยที่มีสายระโยงระยางต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยกับเครื่องกลไกต่างๆอย่างถาวรนั้นถือเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization) ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548)

แนวคิดการดูแลการตายที่ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ถูกท้าทายโดยแนวคิดใหม่ที่ทำให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น บ้านซึ่งเคยเป็นสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหนัก ใกล้ตายและผู้อยู่เบื้องหลังที่อยู่กันพร้อมหน้าไม่สามารถอำนวยความสะดวกได้ จึงมีสถานพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย หรือ ฮอสปิซ (Hospice) ขึ้น หลักการของฮอสปิซ คือให้การตายเป็นไปตามธรรมชาติให้มากที่สุด ซึ่งเป็นที่นิยมมากในต่างประเทศ ฮอสปิซเป็นทั้งสถานพยาบาลและระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต โดยอาจจะใช้สถานที่ที่บ้านของผู้ป่วยเองโดยเน้นบริการดูแลพยาบาลมากกว่าการรักษาเพราะผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นแนวโน้มปัจจุบันจึงให้ความสำคัญเกี่ยวกับการทำความเข้าใจความหมายของความตายและความสำคัญของผู้ป่วยที่กำลังจะจากไปมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2548) แต่ส่วนหนึ่งการทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องอาศัยการทำงานระหว่างทีมต่างในส่วนของทั้งบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งญาติของผู้ป่วย ทำให้ผลที่ได้รับในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควรจะเป็น

การศึกษาครั้งนี้จึงถือเอาปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นหลักและพยายามที่หาแนวทาง แนวคิดที่ช่วยเหลือในการแก้ไข ปัญหาการสื่อสารเกี่ยวข้องโดยตรงกับปฏิสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการรับรู้และมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจุดเริ่มต้นควรมีความเข้าใจในรูปแบบวัฒนธรรม ความเชื่อ แนวคิด ขนบธรรมเนียมประเพณีรวมทั้งบริบททางสังคม และรูปแบบการดำเนินชีวิต ทั้งจากมุมมองของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายควรมีการบูรณาการแนวคิดวัฒนธรรม สังคมเข้ากับระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งในประเทศถือว่ามีความหลากหลายทางด้านวัฒนธรรมมารวมอยู่ด้วยกัน เพราะการใช้วัฒนธรรมในการให้การดูแลด้านสุขภาพจะช่วยเรื่องความสามารถของบุคลากรทางด้านสุขภาพในการเข้าใจผู้ป่วย รวมทั้งเข้าใจในความเชื่อ ความคิด สามารถสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการใช้วัฒนธรรมในการดูแลด้านสุขภาพและจัดบริการด้านสาธารณสุข เป็นกระบวนการในการรักษาพยาบาลรูปแบบหนึ่งซึ่งองค์

ความรู้ในส่วนนี้น่าจะเป็นพื้นฐานหลักในกระบวนการรักษาในระบบบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน อาจกล่าวได้ว่าวัฒนธรรมเกิดการผสมผสานและรวมตัวกันขึ้นจนกลายเป็นรูปแบบในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา โดยอยู่บนพื้นฐานของคุณภาพและความพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับเป็นพื้นฐานหลัก

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้หยิบยกปัญหาทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อประเทศ และได้เสนอแนวทางในการใช้หลักของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม หลักการสื่อสารเข้าช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้หน่วยงานด้านสุขภาพได้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยถึงแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อในอนาคตจะได้มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสมกับในแต่ละวัฒนธรรมและสังคม

1.2 วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความหมาย ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. เพื่อศึกษารูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีผลต่อการรับรู้และพลวัตรของมุมมองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เพื่อประเมินถึงการรับรู้มุมมองต่อความตายที่มีผลต่อการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผลมาจากปัจจัยทางสังคม และการกำหนดความหมายของความตายตามระบบวัฒนธรรม
2. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีผลต่อการรับรู้มุมมองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. การรับรู้มุมมองต่อความตายมีผลต่อการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจความหมาย ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ผู้ใกล้เสียชีวิต)
2. เข้าใจกระบวนการรับรู้มุมมองต่อความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง

1.6 คำนิยามศัพท์

ความตาย (Death) การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมองโดยสิ้นเชิงหรือตลอดไป เนื่องจากสมองส่วนนี้ทำหน้าที่ควบคุมระบบต่างๆของร่างกาย ผู้ที่สมองตายจะหมดสติและหยุดหายใจ ส่วนหัวใจอาจเต้นต่อไปได้อีกชั่วคราว แต่จะหยุดลงในที่สุด

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life patient) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางใจหรือขาดเจ็บรุนแรง โดยความเจ็บป่วยดังกล่าวไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นด้วยหลักฐานทางการแพทย์สามารถประเมินได้ว่า ผู้ป่วยน่าจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 6 เดือน

ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) ระบบสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสัมพันธภาพระหว่างคนและกลุ่มคน ซึ่งมีการกระทำซึ่งกันและกันจึงมีการเชื่อมโยงกันตลอดเวลา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นการมองปฏิภพของระบบสังคมในจุดที่มีปฏิสัมพันธ์กันซึ่งเกี่ยวพันกับลักษณะโดยทั่ว ระบบสัญลักษณ์ ระบบวัฒนธรรมที่บุคคลดำรงอยู่

การสื่อสารทางสุขภาพ (Health communication) การสื่อสารเป็นการแสดงถึงการแสดงออกที่ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ มุมมอง ความเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นอยู่ภายในตัวบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลและเป็นการติดต่อสื่อสารเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยและครอบครัว การยอมรับพฤติกรรม การเข้าใจความรู้สึก การระมัดระวังในคำพูด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ต้องการความเชื่อ ด้านจิตวิญญาณ

การให้ความหมายทางสังคม (Social constructivism) เป็นการเน้นและให้ความสำคัญในวัฒนธรรมและบริบทที่ปรากฏในสังคม รวมทั้งเป็นการสร้างความรู้โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจของคนในสังคมนั้นๆ

กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) การจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหา ที่เกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

โดยการป้องกัน และการบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ และการรักษา ความปวด และปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งทางร่างกาย จิตวิญญาณ

1.7 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

