

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในระยะท้ายของชีวิต ในนักศึกษาแพทย์: ทศนคติ พฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

อัยยา วงษ์วรรณ¹ กัลยกร ศิริประภาพงศ์¹ ปณิธิ ปิยะชน¹ นนทิชา โสมติพันธ์ชัย¹ อรจิรา อาจารย์พงษ์¹
จิตรวีณา มหาคีตะ² และ ญัฐพล โชคไมตรี³

¹นักศึกษาแพทย์ ²ภาควิชาสรีรวิทยา ³ภาควิชาจิตเวช และประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ เพื่อพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า และปรับปรุงคุณภาพการบริการทางการแพทย์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การศึกษาว่านักศึกษาแพทย์มีทศนคติ และพฤติกรรมต่อความตายอย่างไรเป็นสิ่งสำคัญ **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิบล่วงหน้าในนักเรียนแพทย์ทหาร (นพท.) และนักศึกษาแพทย์ (นศพ.) วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า (วพม.) รวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง **วิธีการศึกษา** ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ นพท. และ นศพ.วพม. ทุกชั้นปี จำนวน 132 คน **ผลการศึกษา** พบว่าอาสาสมัครมีทศนคติที่เห็นด้วยต่อคำว่าตายดีตามคำนิยามที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ และมีทศนคติที่เห็นด้วยกับมุมมองที่ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ในขณะที่มุมมองต่อความตายอื่น ๆ นั้นไปในทางที่ไม่เห็นด้วย และผลการเรียนของอาสาสมัครที่ต่ำกว่า 3.50 เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับมุมมองต่อความตายว่าเป็นการปลดปล่อยมากกว่าอาสาสมัครที่มีผลการเรียนตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครจำนวน 12 ราย พบว่าระดับชั้นการศึกษา และระดับผลการเรียนอาจมีผลต่อมุมมองต่อความตาย อาสาสมัครเกือบทั้งหมดยังไม่ได้ลงมือวางแผนการดูแลรักษาในระยะสุดท้ายของตนเองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรแม้จะเห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญ **อภิปรายและสรุป** จากผลการศึกษาที่พบระดับชั้นการศึกษา และระดับผลการเรียนอาจมีผลต่อมุมมองต่อความตายซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตสังคม จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่เน้นปัจจัยทางจิตสังคมของนักศึกษาแพทย์ เพื่อช่วยให้การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าในหลักสูตรการแพทย์ศึกษามีความเหมาะสมแก่ผู้เรียนมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ● การวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้า ● มุมมองต่อความตาย ● ตายดี ● นักศึกษาแพทย์
เวชสารแพทย์ทหารบก 2567;77(3):246-55.

ได้รับต้นฉบับ 8 พฤษภาคม 2567 แก้ไขบทความ 17 กันยายน 2567 รับลงตีพิมพ์ 19 กันยายน 2567

ต้องการสำเนาต้นฉบับติดต่อ นักศึกษาแพทย์ อัยยา วงษ์วรรณ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 E-mail: w.aiya@pccm.ac.th]

Original article

Advance Care Planning among Medical Students: Perceptions, Practices, and Associated factors

Aiya Wongwanna¹, Kanyakorn Siraprapapong¹, Panithi Piyachon¹, Nonthicha Sothipanchai¹,
Onjira Arjaraphong¹, Chitrawina Mahagita² and Nattaphon Chokemaitree³

¹Medical student; ²Department of Physiology; ³Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao College of Medicine

Abstract:

Background: Understanding how medical students perceive the nature of death and how they put this concept into practice is important in the development of palliative care and advance care plan (ACP) within the medical curriculum to improve the quality of patient-centered medical service. **Objective:** to study attitudes and behaviors regarding advance planning for end-of-life care among medical students at Phramongkutklao College of Medicine (PCM), including related factors. **Method:** A mixed research model was used with quantitative data collection and interviews to collect qualitative data. The sample group consisted of first-to-sixth-year medical students. **Result:** It was found that the volunteers had an attitude that agreed with the word good death according to the definition that the researcher had compiled, and had an attitude that agreed with the view that death is a natural thing. Meanwhile, other views on death are more polarizing. The lower academic performance group (GPAX lower than 3.50) was significantly more likely to view death as an escape acceptance compared to those with higher grades (GPAX 3.50 and above) ($p < 0.01$). Qualitative data from interviews with 12 volunteers of mixed years revealed that educational levels and academic performances may affect views on death. Almost all volunteers had not yet prepared a written plan for their end-of-life care, even though it was considered important. **Conclusion and discussion:** From the result that educational levels and academic performances may affect views on death, further studies should be conducted that focus on the psychosocial factors of medical students to help plan teaching about advance care planning in the medical education curriculum to be more appropriate for students

Keywords: ● Advance care planning ● Death attitude ● Good death ● Medical students

RTA Med J 2024;77(3):243-55.

Received 8 May 2024 Corrected 17 September 2024 Accepted 19 September 2024

Correspondence should be addressed to Aiya Wongwanna, 6th year medical student, Phramongkutklao College of Medicine, 315 Ratchawithi Rd., Ratchathewi, Bangkok 10400, E-mail: w.aiya@pcm.ac.th

บทนำ

ความตายเป็นสิ่งที่มียุติกันอยู่หลากหลายทั้งในเชิงปรัชญาและวิทยาศาสตร์ นิยามของคำว่าความตายในแต่ละแนวความคิดนำไปสู่บทสรุป และปัญหาที่ตามมาแตกต่างกัน ในประเทศไทยมีการสนับสนุนการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า (Advance Care Planning) เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ระยะท้ายของชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายโดยดูแลทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจและจิตวิญญาณและนำไปสู่การตายดี¹ ทั้งที่ความจริงแล้วความตายเป็นเรื่องที่ประสบได้ในทุกวัน ทุกเพศ และทุกวัยโดยไม่สามารถล่วงรู้ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ โดยในปัจจุบันเห็นได้ชัดในสังคมไทยว่าคนรุ่นใหม่เริ่มตระหนักมากขึ้นในเรื่องของวาระสุดท้ายของชีวิต ผ่านแนวความคิด ศิลปะ การบริการ และนวัตกรรมต่างๆ ไปจนถึงช่วงเวลาหลังความตาย^{2,3} โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มนักศึกษาแพทย์ซึ่งเป็นผู้ที่จำเป็นต้องเรียนและปฏิบัติงานให้บริการกับผู้ป่วยและญาติที่หลากหลาย หลายครั้งอาจเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่อาจต้องเผชิญหน้ากับความสูญเสียและความตาย ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าทัศนคติและพฤติกรรมของนักศึกษาแพทย์ที่มีต่อประเด็นเรื่องความตาย จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการให้บริการทางด้านสุขภาพด้วย⁴ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องทัศนคติของนักเรียนแพทย์ทหาร (นพท.) และนักศึกษาแพทย์ (นศพ.) ที่มีต่อความตาย และพฤติกรรมการวางแผนจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลให้ทางสถาบันสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการสอนเรื่องมรณศึกษาและการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้าให้กับ นพท. และนศพ. โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัว นพท. และ นศพ. คนใกล้ชิด ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่ได้รับบริการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาทัศนคติของ นพท. และ นศพ.วพม. ที่มีต่อแนวคิดเรื่องการตายดี และความตาย รวมถึงพฤติกรรมการวางแผนจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลงมือกระทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-method research) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้แบบแผนขั้นตอนเชิงอธิบาย (explanatory sequential design) ซึ่งเริ่มใช้การศึกษาเชิงปริมาณก่อน แล้วจึงศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณ ดำเนินการในรูปแบบสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และการศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

กลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูล

จำนวนตัวอย่างในการศึกษาคำนวณอ้างอิงจากการศึกษา ของ Mohammad Asadpour และคณะ⁵ จำนวนตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อย 132 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เรียนชั้นปริคlinik และชั้นคลินิก ร่วมกับการมีเกรดเฉลี่ยสะสมที่ต่ำกว่า (GPAX น้อยกว่า 3.50) และเกรดเฉลี่ยสะสมสูง (GPAX ตั้งแต่ 3.50) ในสัดส่วนที่เท่ากัน จนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอิ่มตัว (data saturation) โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (inclusion criteria) คือ 1.) เป็น นพท. หรือ นศพ.วพม. หรือ นักศึกษาเตรียมแพทยศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ในห้วงเวลาทำการวิจัย 2.) มีความประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย และ 3.) สามารถสื่อสาร และมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลทั่วไป ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูล เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียน ประสบการณ์การ

เรียนเรื่องการรักษาประคับประคอง ประสบการณ์การตายของบุคคลใกล้ชิด และการพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. แบบสอบถามทัศนคติต่อคำว่าตายดี แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นใหม่โดยการทบทวนบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6,7} และนำประเด็นสำคัญไปกำหนดเป็นข้อคำถามให้มีความตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อสร้างแบบประเมินได้แล้วผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงและความสมบูรณ์ของเนื้อหา ด้วยการหาค่า IOC ซึ่งหากข้อคำถามใดมีค่า IOC น้อยกว่า 0.50 จะถูกตัดทิ้ง ข้อคำถามใดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50-0.99 จะถูกนำมาปรับปรุงแก้ไขและประเมินซ้ำ และข้อคำถามใดมีค่า IOC เท่ากับ 1 จะถูกนำไปใช้จริง อาสาสมัครจะต้องให้ความเห็นที่มีต่อข้อความในแบบสอบถาม โดยแบ่งระดับความเห็นออกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ปานกลาง เห็นด้วยน้อย และ เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. สำหรับการวัดทัศนคติที่มีต่อความตาย ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบสอบถามสำหรับการวัดมุมมองต่อความตายที่มีชื่อว่า The death attitude profile-revise⁸ ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ และนำมาแปลโดยนักแปลและดัดแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของสังคมไทยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านปรัชญาและศาสนา 3 ท่าน เป็นพระสงฆ์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านปรัชญาตะวันออก และฆราวาสที่เคยมีประสบการณ์บวชเป็นพระสงฆ์นาน 25 ปี สำเร็จนักธรรมชั้นเอก ตามลำดับ หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความสมบูรณ์ด้วยการหาค่า IOC เช่นเดียวกับแบบสอบถามในข้อที่ 2. โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เมื่อนำแบบสอบถามไปใช้ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.893

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก โดยมีรหัสโครงการ M013q/66_Exp

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative study) ทำการศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ทั้งการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย กระจาย และรวบรวมแบบสอบถาม

2) การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเพื่อเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์รายบุคคลเพียงครั้งเดียวใช้เวลาแต่ละรายประมาณ 30 นาที โดยคำถามจะเป็นการสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในเชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป SPSS statistical software version 26.0 (IBM Corp) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Cohen, Kahn และ Steeves โดยมีขั้นตอน 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1.) อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลายครั้งจนเข้าใจภาพรวมของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล 2.) ทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออก (data reduction) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลด้วยการใช้วิจารณ์ญาณของผู้วิจัย 3.) อ่านข้อมูลที่เหลือเพื่อระบุความหมายที่สำคัญด้วยการให้รหัสรวมถึงข้อมูลจากการสังเกต

ก็มีการให้รหัสเช่นกัน 4.) ทำการจัดกลุ่มรหัสที่เกี่ยวข้องกันเป็น subcategories และcategories 5.) ทำการจัดกลุ่ม categories ให้เป็น theme ตามความหมายที่เกี่ยวข้องกัน 6.) ตรวจสอบความตรงของประเด็นหลักที่จัดกลุ่มกับcategories และ ผู้ให้ข้อมูล⁹

ผลการศึกษา

รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย การนับถือศาสนา โรคประจำตัวและประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาประคับประคอง ดังแสดงในตารางที่ 1 และรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างที่ให้สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกแสดงไว้ในตารางที่ 2 ผลการสำรวจทัศนคติต่อคำว่าตายดี กล่าวคือ “การตายที่เข้าใจในความตาย” “การตายที่ไม่ทรมาน” และ “การตายที่เป็นไปตามวิญญู”⁶ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเห็นที่เห็นด้วยมากถึง 3 ประเด็น อย่างไรก็ตามหัวข้อ “การตายที่ไม่ใช่การตายฉับพลันตายไม่รู้ตัว” และ “การตายในลักษณะของการรุมขบกัด” จะเห็นด้วยในระดับปานกลาง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่า อาสาสมัคร(อ.) มีความเห็นต่อคำว่า ‘ตายดี’ สอดคล้องกับนิยามที่รวบรวมได้จากงานวิจัยที่นำมาอ้างอิงในการศึกษานี้ ตัวอย่างความเห็นของอาสาสมัครที่มองว่าการตายดี คือการตายที่ไม่ทรมาน เช่น

“ตายอย่างไม่เจ็บปวด ไม่ทรมาน ตายอย่างรู้ตัวว่าจะตาย...และเป็นการตายที่เกิดประโยชน์...

การวางแผนหลังตายก็สำคัญเพราะมีประสบการณ์ญาติเสียชีวิตแล้วงานค่อนข้างฟุ่มเฟือย

งานศพไม่ควรเป็นภาระ” (อ.10)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 132)

ลักษณะ	คน (ร้อยละ)	Mean ± SD
เพศ		
ชาย	75 (56.82)	
อายุเฉลี่ย (ปี)		20.55 ± 1.92
ชั้นปีที่ศึกษา		
ชั้นปริคlinik	89 (67.42)	
ชั้นคลินิก	43 (32.58)	
ผลการเรียน		3.47 ± 0.62
3.50-4.00	59 (44.70)	
ศาสนา		
พุทธ	123 (93.18)	
โรคประจำตัว		
ไม่มี	110 (83.33)	
ประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคอง		
มี	40 (30.30)	
ประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของบุคคลใกล้ชิด		
มี	90 (68.18)	
ประสบการณ์พูดคุยกับผู้ป่วย และญาติในวาระสุดท้ายของชีวิตบนหอผู้ป่วย		
มี	45 (34.09)	

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้สัมภาษณ์ (n = 12)

อาสาสมัครหมายเลข	เพศ	ชั้นปี	ผลการเรียน
1	หญิง	2	≥ 3.50
2	หญิง	3	≥ 3.50
3	ชาย	3	≥ 3.50
4	หญิง	5	≥ 3.50
5	หญิง	6	≥ 3.50
6	ชาย	6	≥ 3.50
7	ชาย	2	< 3.50
8	หญิง	2	< 3.50
9	หญิง	2	< 3.50
10	หญิง	4	< 3.50
11	ชาย	4	< 3.50
12	หญิง	6	< 3.50

ตารางที่ 3 ทักษะคิดต่อคำว่าตายดีใน นศพ.วพม.

นิยามการตายดี	$\bar{X} \pm SD$	แปลผล
การตายที่เข้าใจในความตาย		
- การตายด้วยจิตใจที่ยอมรับต่อความตาย ไม่ค้างคาใจ ไม่ห่วงกังวล	4.41 ± 0.74	เห็นด้วยมาก
- การตายที่มีความมั่นใจว่าคนในครอบครัวจะปฏิบัติตามเจตจำนงหลังตายของตนเอง	3.83 ± 0.95	เห็นด้วยมาก
การตายที่ไม่ทรมาน		
- การตายที่ไม่ทรมาน ไม่ทุรนทุราย คล้ายการนอนหลับ	4.44 ± 0.70	เห็นด้วยมาก
- การตายที่ปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อชีวิต	3.58 ± 1.04	เห็นด้วยมาก
- การตายที่มีสมาชิกครอบครัว หรือบุคคลอันเป็นที่รักอยู่ด้วยในวาระท้าย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือตายที่บ้าน ในสถานที่ที่ผู้กฟัน	3.99 ± 1.00	เห็นด้วยมาก
- การตายที่มีบรรยากาศรอบข้างไม่โศกเศร้า	3.73 ± 1.13	เห็นด้วยมาก
- การตายที่ไม่เป็นภาระของผู้อื่น	3.93 ± 1.11	เห็นด้วยมาก
- การตายที่ไม่ใช่การตายฉับพลัน ตายไม่รู้ตัว	3.43 ± 1.26	ปานกลาง
- การตายในลักษณะของการุณยฆาต	3.41 ± 1.18	ปานกลาง
การตายที่เป็นไปตามวิถี		
- การตายที่เป็นไปตามธรรมชาติ	4.44 ± 0.68	เห็นด้วยมาก
- การตายที่ได้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น บริจาคอวัยวะ	3.69 ± 1.00	เห็นด้วยมาก
- การตายภายใต้การปฏิบัติตามหลักศาสนาตามที่ตนนับถือ	3.55 ± 1.04	เห็นด้วยมาก

อาสาสมัครบางรายไม่นับว่าขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากเสียชีวิต เกี่ยวข้องกับการตายดี เนื่องจากช่วงเวลาหลังตายเป็นฐานะของคนที่ยังมีชีวิตอยู่มากกว่า

“ไม่ได้เกี่ยวกับการที่ต้องจัดการธุระหลังเสียชีวิตให้เรียบร้อย” (อ.1)

อาสาสมัครที่ให้สัมภาษณ์เห็นว่าการการุณยฆาตเป็นการตายดี หากผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเอง และไม่ใช่ว่าการตัดสินใจภายใต้ภาวะบางอย่างที่ส่งผลต่อกระบวนการคิด ความรู้สึก เช่น โรคมึนเศร้า นอกจากนี้อาสาสมัครส่วนใหญ่มองว่า หากตนเป็นแพทย์ก็สามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการุณยฆาตได้ เช่น เป็นผู้ฉีดยา หากว่าผู้ป่วยไม่สามารถกระทำตัวเอง แต่มีอาสาสมัครหนึ่งท่านที่แสดงความเห็นว่า

“...ยังไม่อยากให้มีในประเทศไทย เพราะยังรู้สึกว่าคนไทยยังไม่มีความรู้มากพอ

ความเจ็บ และทรมาณอาจชักนำความคิดที่จะตายทั้งที่ร่างกายจริง ๆ ยังไหว

ร่วมกับความเชื่อของประเทศไทยที่อาจจะยังไม่พร้อมรับกับเรื่องนี้

อาจมองว่าการการุณยฆาต เท่ากับ ฆ่าตัวตาย นำไปสู่การชดใช้กรรมต่อไป” (อ.12)

ตารางที่ 4 แสดงสัดส่วนของอาสาสมัครที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของบุคคลใกล้ชิด พบว่า มีถึงร้อยละ 90 ของอาสาสมัครมีประสบการณ์ญาติใกล้ชิดเสียชีวิต โดยอาสาสมัครทุกคนที่ให้สัมภาษณ์เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว และอาสาสมัครร้อยละ 45 เคยมีประสบการณ์การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่จะเป็นอาสาสมัครชั้นคลินิกซึ่งมองว่าการทำงานบนหอผู้ป่วยทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น แต่ไม่ได้เปลี่ยนมุมมองของตนต่อความตาย ตัวอย่างข้อความเช่น

“รู้สึกว่ารอดทำให้เห็นอะไรมากขึ้น แต่ไม่ใช่จุดพลิกผันอะไร เป็นแง่เปิดประสบการณ์มากกว่า” (อ.4)

และอาสาสมัครให้สัมภาษณ์โดยให้ความสำคัญกับการรักษาตัวโรคมามากกว่า

“นศพ.ไม่ได้สัมผัสกับชีวิตของคนไข้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตอย่างจริงจัง...

จริงๆเวลาซักประวัติก็จะโฟกัสที่ตัวโรคเพราะคิดว่าเป็นส่วนที่สำคัญ ถ้าโรคหายโอกาสรอดก็สูง...” (อ.5)

ในขณะที่กลุ่มอาสาสมัครชั้นคลินิกที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 3.50 ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการทำงานบนหอผู้ป่วยเป็นจุดเปลี่ยนของชีวิต ตัวอย่างเช่น

“จากที่เคยมองว่าการรักษาแบบประคับประคองเป็นการยอมแพ้ต่อตัวโรค

กลายเป็นกระบวนการรักษาที่เยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ” (อ.12)

อาสาสมัครหลายท่านมีอารมณ์ร่วมไปกับเรื่องราวของผู้ป่วยและญาติ มีการสะท้อนคิดถึงบทเรียนที่ได้เรียนไปสู่ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยอาสาสมัครท่านหนึ่งได้ยกตัวอย่างการเรียนหัตถการ ที่ให้ นศพ.ผลัดกันใส่สายยางให้อาหารทางจมูกซึ่ง

“ตนเองยังรู้สึกเจ็บมากจึงมองว่าหัตถการอื่น ๆ คงเจ็บมากกว่านี้” (อ.10)

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ของ นศพ.วพม.

ประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของบุคคลใกล้ชิด	คน (ร้อยละ)
มีประสบการณ์	90 (68.18)
ไม่มีประสบการณ์	23 (17.42)
ไม่แน่ใจ	19 (14.39)
ประสบการณ์พูดคุยกับผู้ป่วย และญาติในวาระสุดท้ายของชีวิตบนหอผู้ป่วย	
มีประสบการณ์	45 (34.09)
ไม่มีประสบการณ์	62 (46.97)
ไม่แน่ใจ	25 (18.94)

ด้านมุมมองต่อความตายซึ่งวัดโดย The death attitude profile-revise ฉบับภาษาไทยซึ่งจำแนกมุมมองต่อความตายออกเป็นมุมมองเชิงบวก และมุมมองเชิงลบ

มุมมองเชิงบวก ได้แก่ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ คือ เป็นส่วนหนึ่งของวัฏจักรชีวิต ความตายเป็นการปลดปล่อย คือ การพ้นจากความทุกข์ และความตายเป็นจุดเริ่มต้น โดยเชื่อว่าความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุด แต่ยังมีชีวิตหลังความตายในภพภพหน้าที่ดีกว่าปัจจุบันรออยู่

มุมมองเชิงลบ ได้แก่ ความตายเป็นสิ่งน่ากลัว และความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยง ในส่วนของมุมมองเชิงลบค่อนข้างมีความใกล้เคียงกัน แต่แตกต่างกันตรงที่พฤติกรรมกรรมการแสดงออก ในกลุ่มที่มองว่าความตายเป็นสิ่งน่ากลัวจะมีความรู้สึกวิตกกังวลต่อความตาย ในขณะที่กลุ่มความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยงจะมีกลไกป้องกันตนเองจากความวิตกกังวลด้วยการหลีกเลี่ยงการคิด หรือกล่าวถึงความตาย^๑

อาสาสมัครเห็นด้วยว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ แต่ค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับมุมมองที่ว่าความตายเป็นการปลดปล่อย ความตายเป็นจุดเริ่มต้น และความตายเป็นสิ่งน่ากลัว ตามลำดับ และไม่เห็นด้วยกับมุมมองที่ว่าความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยง รายละเอียดค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลข้อมูล แสดงไว้ในตารางที่ 5 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเห็นโดยสถิติ *t-test* อาสาสมัครที่มีคะแนนสะสมที่ต่ำกว่า (GPAX น้อยกว่า 3.50) เห็นด้วยกับมุมมองที่ว่าความตายเป็นการปลดปล่อย มากกว่ากลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมสูง (GPAX ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 6 และตัวอย่างบทสัมภาษณ์ที่อาสาสมัครกล่าวถึงมุมมองต่อความตาย แสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 8 แสดงความเห็น และพฤติกรรมกรรมการวางแผนดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้าของอาสาสมัคร ซึ่งพบว่า มากกว่าร้อยละ 95 เห็นว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ แต่มีเพียงหนึ่งท่านที่ได้ลงมือกระทำอย่างชัดเจน คือ การบริจาคอวัยวะ แต่ยังไม่ได้ออกแบบในรายละเอียดอื่น ๆ สำหรับอาสาสมัครที่ไม่ได้ออกแบบเลย ให้เหตุผลว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องไกลตัว ยังไม่ถึงเวลาที่จะต้องกังวล และอายุตนเองยังน้อย สำหรับอาสาสมัครที่มีการวางแผนในใจ จะลงมือจริงจังกับเรื่องนี้มากขึ้น หากตนเองมีความเจ็บป่วย หรือ มีครอบครัวเป็นของตนเอง และอาสาสมัครที่มีการวางแผนและมีการเตรียมการแบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษรนั้น ให้สัมภาษณ์ว่า เลือกวิธีการพูดคุย ไม่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากไม่ยากทำให้ญาติรู้สึกว่าเป็นการบังคับว่าต้องกระทำอย่างที่ตนเองแสดงความจำนง

ตารางที่ 5 มุมมองต่อความตาย

มุมมองต่อความตาย	X ± SD	แปลผล
การมองความตายเป็นจุดเริ่มต้น (approach acceptance)	3.31 ± 1.48	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
การมองความตายเป็นสิ่งน่ากลัว (fear of death)	3.09 ± 1.44	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
การมองความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยง (death avoidance)	2.46 ± 1.37	ไม่เห็นด้วย
การมองความตายเป็นการปลดปล่อย (escape acceptance)	3.37 ± 1.46	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ (neutral acceptance)	3.85 ± 1.56	ค่อนข้างเห็นด้วย

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบการมองความตายเป็นการปลดปล่อยกับผลการศึกษาของ นศพ.วพม.

การมองความตายเป็นการปลดปล่อย	ระดับความเห็นด้วย	p-value
GPAX 3.50-4.00 (n = 59)	2.95±0.97 (ค่อนข้างไม่เห็นด้วย)	0.0001
GPAX < 3.50 (n = 73)	3.72±1.20 (ค่อนข้างเห็นด้วย)	

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.05$

ตารางที่ 7 ผลการศึกษามุมมองต่อความตายเชิงคุณภาพ

มุมมองต่อความตาย	ตัวอย่างข้อความ
<p>ความตายเป็นจุดเริ่มต้น เป็นมุมมองที่ว่าความตายไม่ใช่จุดสิ้นสุดของทุกอย่าง ยังมีชีวิตหลังความตายรออยู่ซึ่งอาจเป็นความสุข อาสาสมัครส่วนใหญ่มองว่าความตายอาจไม่ใช่จุดสิ้นสุดที่แท้จริง แต่ชีวิตหลังความตายก็ไม่ได้ส่งผลอะไรกับชีวิตปัจจุบัน และชีวิตหลังความตายก็อาจไม่ได้สวยงาม และอาสาสมัครอีกส่วนหนึ่งมองว่าไม่มีชีวิตหลังจากความตายอีกแล้ว</p>	<p>อาสาสมัครกลุ่มที่มองว่าอาจมีชีวิตหลังจากความตายแต่อาจจะดีหรือแย่ก็ได้ “เนื่องจากเป็นชาวพุทธ เชื่อเรื่องเวรกรรม และชาติภพจึงไม่ได้เชื่อว่าความตายจะทำให้พ้นทุกข์ ความตายเป็นจุดเริ่มต้น เพราะยังมีภพพหุรออยู่โดยไม่ได้คิดว่าภพหน้าจะดีกว่า และเป็นไปได้ว่าจะแย่กว่า” (อ.12)</p> <p>อาสาสมัครกลุ่มที่มองว่าไม่มีชีวิตหลังจากความตาย “จุดสิ้นสุดของชีวิต ไม่เชื่อเรื่องภพหน้า คิดว่าชีวิตนี้จบแล้ว ไม่มีภาคต่อ” (อ.11)</p>
<p>ความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว ไม่พบทัศนคติที่มองว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวในกลุ่มอาสาสมัครชั้นปรีคลินิกที่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป (อาสาสมัครหมายเลข 1, 2 และ 3) แต่พบมุมมองดังกล่าวในกลุ่มอื่นๆ โดยมีความกลัวหรือความกังวลในมุมมองที่ต่าง ๆ กัน ได้แก่ (1) กลัวว่าจะเจ็บปวดทรมาน (2) กังวลถึงคนที่มีชีวิตอยู่ (3) เสียใจว่าหากมีชีวิตอยู่จะทำอะไรได้อีกหลายอย่าง (4) กลัวการสูญเสียบุคคลรอบตัว และ (5) กลัวเนื่องจากไม่รู้ว่าหลังจากที่ตนเองตายไปแล้วจะเกิดอะไรขึ้น</p>	<p>กลุ่มอาสาสมัครชั้นคลินิกที่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป “คิดว่าก็น่ากลัวว่าจะเป็นอย่างไงต่อไป ตอนที่ตายเป็นแบบไหน” (อ.4)</p> <p>“ไม่เชิงกลัวความตาย แต่กลัวว่าจะมีคนเลียหรือลำบากจากการตายของตัวเอง” (อ.6)</p> <p>“กลัวความตายบ้างเพราะคิดว่าความตายเป็นสิ่งที่พรากคนที่เรารักไป” (อ.7)</p> <p>“กลัวในความตายเพราะยังวัยรุ่นอยู่ แต่เป็นมุมเสียตายมากกว่าหากจะต้องตาย เพราะไม่รู้ว่าต้องไปตอนไหน จะได้บอกใครใหม่...ไม่ได้ระแวง” (อ.9)</p> <p>“กลัวตายบ้าง เช่น ไม่รู้ว่าจบแล้วจริงๆไหม ไม่รู้จะเกิดอะไรต่อกับตัวเอง และคนที่อยู่จะมีปัญหาอะไรไหม” (อ.11)</p>
<p>ความตายเป็นสิ่งที่น่าสยดสยอง มีอาสาสมัครเพียงท่านเดียวที่ให้ข้อมูลนี้ โดยอาสาสมัครท่านนี้ค่อนข้างใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัว หรือสัตว์เลี้ยงที่ป่วย มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตสูง</p>	<p>“ไม่ได้คิดว่าเป็นเรื่องอับมงคลจนพูดถึงไม่ได้ แต่ก็ไม่อยากพูดถึงในเวลาที่เสี่ยง เช่น สัตว์เลี้ยงป่วย ก็ไม่อยากให้ใครมาถามถึงพูดถึงอายุขัย หรือ ความตายในตอนนั้น เคยมีคนใกล้ชิดจากไปโดยไม่ทันได้เตรียมใจ” (อ.7)</p>
<p>ความตายเป็นการปลดปล่อย พบว่ากลุ่มอาสาสมัครชั้นปรีคลินิกที่มีเกรดเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปทุกท่าน ไม่คิดว่าการมีชีวิตคือการมีความทุกข์ ดังนั้นความตายจึงไม่ใช่ทางออกของทุกข์ ในขณะที่อาสาสมัครท่านอื่น ๆ จะมองว่าหากการดำเนินชีวิตต่อไปนั้นมีความเจ็บปวดทรมาน ความตายนั้นก็จะเป็นทางออกหนึ่ง</p>	<p>อาสาสมัครชั้นปรีคลินิกที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่าเท่ากับ 3.50 “การตายไม่ใช่ทางออก ไม่ใช่ทางพ้นทุกข์...การมีชีวิตอยู่ไม่ได้ทุกข์” (อ.1)</p> <p>อาสาสมัครกลุ่มอื่นๆ “เชื่อว่าความตายอาจจะทำให้จบปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตนี้ได้” (อ.4) “คิดว่าหากเราเจ็บปวดมากๆ ความตายก็อาจจะพ้นทางพ้นจากทุกข์ ณ ตอนนั้นจริงๆ” (อ.10)</p>
<p>ความตายเป็นเรื่องธรรมดา พบว่าอาสาสมัครทุกท่านมีมุมมองต่อความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่เป็นธรรมชาติของชีวิต ไม่ได้ดีและไม่ได้อ่าง</p>	<p>“ยอมรับได้กับความตาย ไม่ได้ชอบหรือมีความอยากตาย แต่ก็ไม่ได้กลัว” (อ.1)</p> <p>“เป็นหนึ่งในวัฏจักรของชีวิต ไม่มีใครหลุดพ้น จะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ก็ได้ ไม่มีสัญญาณ” (อ.10)</p>

ตารางที่ 8 ทักษะคิด และพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้า

การวางแผนสุขภาพล่วงหน้ามีประโยชน์หรือไม่	คน (ร้อยละ)
มีประโยชน์	126 (95.45)
การวางแผนสำหรับวาระสุดท้ายของตนเอง	
ไม่ได้วางแผนเลย	62 (46.97)
วางแผนในใจ	63 (47.73)
การวางแผน และเตรียมการอย่างไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	6 (4.55)
ลงมือทำอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรอันมีผลทางกฎหมาย	1 (0.76)

ตารางที่ 9 ปัจจัยทำให้อาสาสมัครไม่สนใจ หรือยังไม่ตัดสินใจลงมือทำเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือแสดงเจตจำนงในเอกสารที่มีผลทางกฎหมาย

ปัจจัยที่ทำให้ยังไม่ตัดสินใจลงมือทำเอกสาร	X ± SD	แปลผล
คิดว่ายังมีเวลาอีกมาก ไม่จำเป็นต้องรีบลงมือทำ	3.77 ± 1.04	เห็นด้วยมาก
คิดว่าใช้วาจาบอกกล่าวบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งที่เพียงพอแล้ว	3.06 ± 1.08	ปานกลาง
ตนเอง และครอบครัวมองว่าการวางแผนเกี่ยวกับความตายล่วงหน้าเป็นสิ่งอับมงคล สาปแช่ง ไม่ควรกระทำ	2.45 ± 1.31	เห็นด้วยน้อย
มีความกังวลว่าหากเตรียมการไว้ล่วงหน้าแพทย์จะดูแลตนเองในวาระสุดท้ายไม่เต็มที่ หรือมีการเร่งการตายให้เร็วกว่าปกติ	2.26 ± 1.12	เห็นด้วยน้อย
ความกังวลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของร่างกายในชาติภพหน้า เช่น กังวลว่าหาบริจาควัย วายะในชาติหน้าจะมีอายุขัยไม่ครบ	1.98 ± 1.21	เห็นด้วยน้อย

ประเด็นปัจจัยทำให้อาสาสมัครยังไม่ตัดสินใจลงมือทำเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร ส่วนมากจะเป็นเหตุผลเรื่องเห็นว่ายังมีเวลาอีกมาก ส่วนเหตุผลเรื่องความเป็นอับมงคล ความกังวลเรื่องการดูแลรักษาที่ไม่เต็มที่หากตนแสดงเจตจำนงแล้ว และความกังวลเรื่องความสมบูรณ์ของร่างกายในชาติภพหน้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจลงมือทำเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรน้อยที่สุด และจากการสัมภาษณ์พบว่า อาสาสมัครให้ความสำคัญกับมุมมองหรือความเห็นของคนในครอบครัวที่มีผลต่อการตัดสินใจลงมือทำเอกสารของตนด้วย

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ประการแรก เรื่องลักษณะมุมมองและทัศนคติต่อคำว่าตายดีในกลุ่ม นพท./นศพ.วพม.มีความสอดคล้องไปกับประเด็นที่ได้รวบรวมจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการตายดีในกลุ่มประชากรไทยก่อนหน้านี้^{6,7} และสอดคล้องกับรายงานในต่างประเทศที่มีบริบททางวัฒนธรรมที่คล้ายกัน เช่น ในประเทศจีน¹⁰

อย่างไรก็ตามมีบางประเด็นที่บุคลากรทางสาธารณสุขในประเทศจีนมีมุมมองต่อการตายดีเพิ่มเติมจากการศึกษาในประเทศไทย คือ การที่การตายนั้นควรได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย รวมถึงการตายนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าจะทำการรักษาอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม ประการที่สอง ส่วนใหญ่ของอาสาสมัครรายงานว่า ตนเคยมีประสบการณ์การสูญเสียคนใกล้ชิดก่อนหน้านี้ และอาสาสมัครที่ให้สัมภาษณ์ทุกคนมีประสบการณ์การสูญเสีย ซึ่งจากการศึกษาอื่น ๆ ก่อนหน้า พบว่าประสบการณ์ตรงจากการ

สูญเสียสมาชิกในครอบครัวนั้น จะส่งผลต่อมุมมองและทัศนคติต่อความตายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย^{11,12} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมุมมองที่ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และการมองความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยง ซึ่งการศึกษา ก่อนหน้านี้พบว่าความสูญเสียที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มที่จะทำให้อาสาสมัครมีทัศนคติที่ต่อต้านมุมมองที่ว่าความตายเป็นเรื่อง ธรรมชาติ และเห็นด้วยกับการมองว่าความตายเป็นสิ่งที่น่าหลีกเลี่ยงมากขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ในงานวิจัยนี้ก็แสดงถึง ความต้องการของอาสาสมัครที่มีประสบการณ์สูญเสียที่อยากจะหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดทรมานใจที่อาจเกิดขึ้น เมื่อต้องพูด ถึงการสูญเสียบุคคล หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยงที่ตนรัก แต่ด้วยข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่สามารถสรุปได้ ชัดเจนว่าอาสาสมัครที่มีประสบการณ์การสูญเสีย จะมีมุมมองหรือทัศนคติที่แตกต่างไปจากกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์

ประการที่สามข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครที่อยู่ในระดับชั้นปริคณิกและมีผลการเรียน เฉลี่ยที่สูงจะให้ข้อมูลในลักษณะที่ไม่ได้มองว่าการมีชีวิตคือความทุกข์ ซึ่งทำให้ความตายเป็นการปลดปล่อย (escape acceptance) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณก็ยืนยันว่าอาสาสมัครที่มีระดับผลการเรียนแตกต่างกันก็สัมพันธ์กับ มุมมองต่อแนวคิดที่ว่าความตายเป็นการปลดปล่อยต่างกันไปด้วย ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย และต่างประเทศก็พบ ว่า ในประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Asadpour และคณะ⁵ ซึ่งทำในกลุ่มนักศึกษาแพทย์เช่นเดียวกัน พบว่า มุมมองที่ว่าความตายคือการปลดปล่อยนั้นสัมพันธ์กับอายุของนักศึกษาแพทย์ด้วย กลุ่มนักศึกษาที่มีอายุมากกว่ามีแนว โน้มที่จะมองว่าความตายเป็นการปลดปล่อย Asadpour และคณะได้อธิบายว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวุฒิ ภาวะทางจิตใจ (mental maturity) ของนักศึกษาเมื่อเวลาผ่านไป⁵ และรายงานการทบทวนวรรณกรรมแบบมีขอบเขต (scoping review) ของ Tong และคณะ¹² ที่พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความตายใน นักศึกษาแพทย์ด้วย เช่น ระดับสุขภาวะทางจิต ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่ง Tong และคณะได้สรุปว่านักศึกษาแพทย์ที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ดี จะสามารถเข้าใจความหมายของการมีชีวิต ที่ดีกว่า และจะตระหนักถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ของตนมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยนี้ อาสาสมัครเป็นกลุ่ม วยรุ่นตอนปลายถึงผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าของตนอาจเกี่ยวข้องกับความรู้สึกประสบความสำเร็จ ซึ่งการ ประสบความสำเร็จตามช่วงวัยนี้ อาจเป็นการมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้อาสาสมัครที่มีผลการ เรียนต่ำกว่า มีทัศนคติเชิงบวกต่อมุมมองที่ว่าความตายเป็นการปลดปล่อยมากกว่าอาสาสมัครที่มีผลการเรียนดีกว่า ดังนั้นผู้รับผิดชอบการพัฒนาทางด้านแพทยศาสตร์ศึกษาควรคำนึงถึงปัจจัยทางจิตสังคมหากต้องวางแผนการ สอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ให้นักศึกษาแพทย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ประการที่สี่เกี่ยวข้องกับศาสนา และความเชื่อ อาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาพุทธ เป็นศาสนาประเภทเทวนิยม ที่สอนว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตายเป็นวัฏจักรของชีวิต ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยงพ้นได้ แนว โน้มจึงเข้าได้กับการมองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และมีความเชื่อเกี่ยวกับว่าใครทำกรรมใดก็จะได้รับกรรมนั้น ดัง นั้นสำหรับโลกหลังความตายในศาสนาพุทธจึงไม่เป็นเรื่องที่แน่นอนว่าโลกหลังความตายจะดีกว่าการมีชีวิต เมื่อเปรียบ เทียบกับศาสนาประเภทเทวนิยมบางศาสนา เช่น ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม ที่เชื่อว่าโลกหลังความตายจะมี ชีวิตนิรันดรร่วมกับพระเจ้าเป็นเจ้าของตน ตามการศึกษาของ Zdziarski และคณะ พบว่าจะมีแนวโน้มเห็นด้วยกับความ ตายเป็นการปลดปล่อย ทั้งนี้ความเชื่อเรื่องวันพิพากษา หรือวันสิ้นโลกก็อาจทำให้คนในกลุ่มที่นับถือศาสนาเหล่านี้มี มุมมองว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวได้¹³

ข้อสังเกตที่น่าสนใจประการสุดท้าย คือ จากบทสัมภาษณ์ของอาสาสมัครแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครยังให้ ความสำคัญกับมุมมองหรือความเห็นของสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น บิดา มารดา ในการศึกษาที่จะมีส่วนร่วมตัดสินใจ วางแผนตลอดจนถึงความรู้สึกของสมาชิกอื่น ๆ ต่อมุมมองและการตัดสินใจลงมือกระทำเอกสารแสดงเจตจำนง

เป็นลายลักษณ์อักษรของอาสาสมัครด้วยกัน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Tong และคณะ¹² ซึ่งพบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับมุมมองและทัศนคติต่อความตายของกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่ชัดเจนอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตามข้อสรุปนี้อาจไม่สามารถอนุมานถึงความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของครอบครัวและมุมมองของกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในกลุ่มประเทศโลกตะวันตกได้ เนื่องจากผลการศึกษาที่ได้มีการรวบรวมไว้ในรายงานของ Tong และคณะส่วนใหญ่มาจากประเทศจีน ซึ่งถือเป็นประเทศทางตะวันออกที่มีความแตกต่างจากประเทศทางตะวันตกในด้านวัฒนธรรมอย่างมาก

สรุป

การศึกษานี้เป็นการสำรวจมุมมอง ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาในระยะท้ายของชีวิตล่วงหน้าใน นพท. และ นศพ.วพม. ข้อมูลจากบทสัมภาษณ์แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับหลายการศึกษา ก่อนหน้าที่ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ต่างประเทศ และการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการนิยามความหมายของคำว่า “ตายดี” แต่มีบางประเด็นที่อาจขัดแย้งกัน อาทิเช่น ทัศนคติที่มองว่าความตายเป็นการปลดปล่อย อย่างไรก็ตามจากระเบียบวิธีวิจัยที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้วิจัยยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างนั้นได้อย่างชัดเจน ประเด็นหนึ่งที่สำคัญและพบจากงานวิจัย คือปัจจัยทางจิตสังคมที่อาจมีผลต่อมุมมองและทัศนคติต่อความตาย ซึ่งพบว่า นพท. และ นศพ. ที่มีผลการเรียนต่ำกว่าจะมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับมุมมองที่ว่า “ความตายเป็นการปลดปล่อย” มากกว่า นพท. และ นศพ. ที่มีผลการเรียนที่ดีกว่า รวมถึงพบว่ากลุ่ม นพท./นศพ.วพม. นั้นให้ความสำคัญกับความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่มีต่อเรื่องความตาย และส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผน และลงมือกระทำไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ Dr. Paul Wong ที่กรุณาให้ข้าพเจ้านำเครื่องมือวัดทัศนคติต่อความตาย The *Death Attitude Profile-Revised* (DAP-R) มาใช้ในงานวิจัยโดยแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดยมี อ.ดร. ธาปกรณ กำนินศิริ พระวิทยา ปุณณกุสโล (เรื่องช่วยชาญ) และ นพ.นพพร วิเศษมงคลชัย ที่สละเวลาให้คำปรึกษาเพื่อปรับปรุงเครื่องมือวัดทัศนคติต่อความตายให้มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย รวมถึง พญ.นิษฐา เอื้ออาริมิตร พญ.รุ่งทิวกังวานสุระ และ พ.ท.หญิง พญ.สุภัชฌา เก่งพานิช ที่สละเวลาให้คำปรึกษา และขอขอบคุณ คุณฉันทย์ชนก กลิ่นหอม ที่ช่วยเหลือด้านการแปลแบบสอบถามจากแบบสอบถามดั้งเดิมซึ่งเป็นภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทย

เอกสารอ้างอิง

1. National Health Commission Office. Palliative care. Bangkok: Pimdee; 2013.
2. Rojanaprapa V, Boondo S, Anothai S. The Application of the Postmodern Philosophical Paradigm and Buddhist Philosophy for Creating Right Wisdom Society in Thailand 4.0. *Saint John's Journal*. 2019; 22(30):187-204. Thai.
3. Taksinawet C. Design your own funeral [internet]. 2022 [Cited 2 December 2023]. Available from : <https://thematter.co/social/design-your-own-funeral/183357>. Thai.
4. Sousa A, Marina S, Ricou M. Spiritual Beliefs and Hastened Death: A Study on Medical Students. *Omega (Westport)*. 2022;85(2):384-408.
5. Asadpour M, Sabzevari L, Ekramifar A, Bidaki R. The Attitude of Medical Students Toward Death: A Cross-Sectional Study in Rafsanjan. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(3):354-61.
6. Ngamgam S, Sangchart B. Buddhist Monks' Perceptions Concerning Good Death [internet]. 2016 [Cited 22 April 2023]. Available from: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/ingrc2016/pdf/MMO7.pdf>.

7. Kunsongkeit W. *Good Death as Perceived by the Critically Ill Patients' Family Members. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2016;24(4):89-100. Thai.*
8. Wong PTP, Reker GT, Gesser G. *The death attitude profile-revised: A Multidimensional measure of attitudes toward death Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, Editor. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application [internet]. APA PsycInfo. 1994:121-48. [Cited 22 April 2023]. Available from : <https://psycnet.apa.org/record/1994-97098-006>*
9. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers. United States: SAGE;2000.*
10. Xiang Y, Zhang Y, Ning Z. *Attitude of undergraduate nursing interns in regard to death and the influencing factors. Am J Transl Res. 2023;15(5):3616-23.*
11. Haroen H, Mirwanti R, Agustina HR, Pahria T, Harun H, Akuoko CP, et al. *A Qualitative Study of Perception and Experience Toward End-of-Life Care Among Nursing Students Who Witnessed Dying People in Their Family. J Multidiscip Healthc. 2023;16:2261-70.*
12. Tong J, Liu Q, Liu Y, Li J, Zhang Q, Shi H. *Factors influencing death attitudes of medical students: a scoping review. Front Public Health. 2024;12:1342800.*
13. Zdziarski K, Awad MS, Landowski M, Zabielska P, Karakiewicz B. *Attitudes of Palestinian and Polish Medical Students Towards Death. Omega (Westport). 2022;86(1):241-54.*

