

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาและ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับ คุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

บทนี้ผู้วิจัยจะศึกษาแนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาและแนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ พร้อมกับศึกษาแนวคิดคุณค่าของชีวิตและเผชิญความตายอย่างสงบตามทฤษฎีอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน อันประกอบไปด้วยทฤษฎีทางจิตวิทยา ตามหลักทางการแพทย์ และตามหลักสุขภาวะแบบองค์รวม โดยศึกษาวิจัยเริ่มตั้งแต่ การเกิดขึ้นของชีวิตมนุษย์ จวบจนถึงกระบวนการของความตาย และวิธีการปฏิบัติต่อชีวิตและต่อความตายเพื่อให้เข้าถึงคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดประเด็นที่จะศึกษาไว้ดังนี้

๒.๑ แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

๒.๒ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

๒.๓ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

๒.๑ แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

๒.๑.๑ แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิต

กระบวนการกำเนิดของชีวิตมนุษย์ในทัศนะทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาถือว่าการถือกำเนิดของชีวิตใหม่ของมนุษย์นั้น จะต้องอาศัยเซลล์สืบพันธุ์จากฝ่ายชาย ได้แก่ อสุจิ(Sperm) และเซลล์สืบพันธุ์จากฝ่ายหญิง ได้แก่ ไข่ (Ovum) ซึ่งในฝ่ายชายนั้นจะผลิตอสุจิได้ครั้งละประมาณ ๕๐๐ ล้านตัว ส่วนในฝ่ายหญิงจะผลิตไข่ได้ทั้งสองข้างของปีกมดลูก โดยจะผลิตสลับกันข้างละหนึ่งใบต่อหนึ่งเดือน หลังจากนั้นอสุจิจำนวนหนึ่งเดินทางเข้าสู่ช่องคลอด ได้เดินทางผ่านปากมดลูก สู่ท่อนำไข่

จนไปสู่ปลายของท่อนำไข่ หากในเวลานั้นไข่ของฝ่ายหญิงสุกพอดี อสุจิที่มีความแข็งแรงที่สุดจะเจาะผนังไข่เพื่อฝังตัวเข้าไป และทั้งส่วนหางไว้มายนอก เมื่อนั้นผนังไข่ก็จะทำปฏิกิริยาแข็งตัวโดยทันทีเพื่อป้องกันไม่ให้อสุจิตัวอื่นๆ สามารถเจาะผ่านเข้าไปได้อีก ซึ่งเราเรียกการพบกันระหว่างอสุจิกับไข่นี้ว่า การปฏิสนธิ (Fertilization)

เมื่ออสุจิเข้าไปในไข่ได้สำเร็จแล้ว จะทำการสลายผนังเซลล์ส่วนหัวคงเหลือไว้เพียงโครโมโซมจากฝ่ายพ่อชุดหนึ่ง ซึ่งจะทำให้การจับคู่กับโครโมโซมทางฝ่ายแม่ที่อยู่ภายในไข่อีกชุดหนึ่ง จนเกิดพัฒนาการเป็นสิ่งมีชีวิตซึ่งมีลักษณะตามพันธุกรรมของตนขึ้นมาเซลล์ในรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากกระบวนการปฏิสนธิแล้วนั้นเรียกว่า เซลล์ปฏิสนธิ (Zygote) ซึ่งจะมีอัตราการเจริญเติบโตที่รวดเร็วในลักษณะการแบ่งตัวแบบไมโทซิส (Meiosis) นั่นคือ มีการแบ่งตัวของเซลล์เป็นลักษณะทวีคูณคือ จาก ๑ เป็น ๒ จาก ๒ เป็น ๔ จาก ๔ เป็น ๘ จาก ๘ เป็น ๑๖ เช่นนี้ไปเรื่อยๆจากการแบ่งเซลล์แบบนี้จะทำให้สารที่มีอยู่ในโครโมโซมของแต่ละเซลล์มีลักษณะที่เหมือนกันมาก การแบ่งตัวของเซลล์ในระยะนี้เป็นไปเพื่อสร้างส่วนต่างๆ ให้กับสิ่งมีชีวิตที่กำลังถือกำเนิด โดยดำเนินการไปพร้อมกับ การเคลื่อนตัวของไข่จากจุดที่เกิดการปฏิสนธิไปสู่มดลูก ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ ๕-๖ วัน ซึ่งในขณะนี้เองสิ่งมีชีวิตในครรภ์จะมีขนาดเท่าหัวเข็มหมุด โดยประกอบไปด้วยเซลล์เพียง ๓๒-๖๔ เซลล์เท่านั้น ตัวอ่อนในระยะนี้เรียกว่า บลาสโตไซต์ (Blastocyte)

ต่อมาในช่วง ๒-๘ สัปดาห์ให้หลัง เซลล์บางส่วนจะทำการแจกแจงแปรสภาพเป็นอวัยวะต่างๆ โดยเนื้อเยื่อที่อยู่ในเซลล์จะทำหน้าที่สร้างอวัยวะตามหน้าที่ ซึ่งแบ่งออกเป็น ๓ ชั้น คือ

๑. ชั้นในสุด (Endoderm) จะเจริญไปเป็นอวัยวะภายใน และระบบย่อยอาหาร

๒. ชั้นกลาง (Mesoderm) จะเจริญเป็นกล้ามเนื้อ กระดูก และเลือด

๓. ชั้นนอก (Ectoderm) จะเจริญเป็นผิวหนัง ระบบประสาท และอวัยวะรับสัมผัส เราเรียกระยะนี้ว่า เอ็มบริโอ (Embryo) โดยระยะนี้เป็นระยะที่ตัวอ่อนสร้างอวัยวะต่างๆ อย่างหยาบๆ หากมีสารพิษบางส่วนที่มากกระทบกระเทือนต่อการแบ่งเซลล์ในระยะนี้ อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางร่างกายได้ง่าย ซึ่งระยะนี้ถือว่าเป็นระยะวิกฤติ (Critical Period) ในระยะ ๓-๙ เดือนต่อมาทารกจะมีการพัฒนารายละเอียดทางร่างกายขึ้นเรื่อยๆ จนครบกำหนดประมาณ ๒๘๐ วัน หรือ ๔๐ สัปดาห์ หรือ ๙ เดือน เราเรียกระยะนี้ว่า ฟีตัส (Fetus) เด็กทารกจึงมีร่างกายที่ครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นระยะของความพร้อมใกล้คลอดของเด็กออกมาสู่โลกภายนอก^{๑๕๙}

หลังจากที่เด็กได้คลอดออกมาสู่โลกภายนอก ก็จะเป็นการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ ซึ่งทฤษฎีทางจิตวิทยากล่าวไว้ว่า พัฒนาการ หมายถึง ลำดับของการเปลี่ยนแปลงหรือกระบวนการ

^{๑๕๙} เดิมศักดิ์ คทวนิช, **จิตวิทยาทั่วไป**, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด, ๒๕๕๖),

เปลี่ยนแปลงของมนุษย์ทุกส่วนที่ต่อเนื่องกันไประยะเวลาหนึ่งๆ ตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดชีวิต^{๑๖๐} ดังนั้น ธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดขึ้นมาแล้ว จะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองอยู่ตลอดเวลา ตามวัยที่ผ่านไปนับตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนกระทั่งเสียชีวิต ความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ

กระบวนการพัฒนาการตามทฤษฎีทางจิตวิทยาได้จำแนกพัฒนาการของชีวิตมนุษย์เอาไว้เป็น ๓ ด้าน ได้แก่ การพัฒนาด้านร่างกาย (physical development) เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ระบบการทำงานของร่างกาย ปรากฏการณ์ทางกายระหว่างผู้ใหญ่ ความสามารถทางการเคลื่อนไหวทางกาย เป็นต้น การพัฒนาทางด้านการรู้คิด (cognitive development) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรู้ ภาษา การเรียนรู้ความคิด ความจำ การแก้ปัญหา และกระบวนการทางสมองต่างๆ และการพัฒนาทางจิตสังคม (psychosocial development) ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและระหว่างบุคคลในเรื่องแรงขับ อารมณ์ บุคลิกภาพ ทักษะทางสังคมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล บทบาทในครอบครัวและในสังคม การพัฒนาการมีกระบวนการย่อยสำคัญ ๒ กระบวนการ ได้แก่ วุฒิภาวะ (maturation) เป็นลักษณะทางชีววิทยาของแต่ละคน ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของยีน วุฒิภาวะเป็นภาวะการเจริญเติบโตสูงสุด ที่สามารถจะมีพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น เช่น ทารกอายุ ๒ เดือนเริ่มชันคอ เริ่มส่งเสียงอ้อแอ้ได้ หรืออายุระหว่าง ๑๒-๑๔ ปี จะมีวุฒิภาวะทางเพศ อีกกระบวนการหนึ่ง คือ การเรียนรู้ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรในเรื่องความคิด ความรู้สึกและการแสดงออกทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลมาจากธรรมชาติ คือ ยีนและวุฒิภาวะ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์^{๑๖๑}

ทฤษฎีทางจิตวิทยา แบ่งช่วงอายุของชีวิตมนุษย์เอาไว้ โดยอาศัยลักษณะเฉลี่ยที่แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ โดยทั่วไปแบ่งเป็น ๘ ช่วง คือ

๑. ระยะในครรภ์ (Prenatal period)	ระยะเวลา ๒๘๐ วัน
๒. วัยทารก (Infancy)	ระยะ ๒ ปีแรกของชีวิต
๓. วัยก่อนเรียน (Preschool period)	ระยะ ๒ - ๕ หรือ ๖ ปี
๔. วัยเด็กตอนกลาง (Middle childhood)	ระยะ ๖ - ๑๒ ปี
๕. วัยรุ่น (Adolescence)	ระยะ ๑๒ - ๒๐ ปี
๖. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early adulthood)	ระยะ ๒๐ - ๔๐ ปี
๗. วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle adulthood)	ระยะ ๔๐ - ๖๕ ปี

^{๑๖๐} สุชา จันทน์เอม, **จิตวิทยาพัฒนาการ**, พิมพ์ครั้งที่ ๕, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, ๒๕๔๒), หน้า ๑.

^{๑๖๑} เรียม ศรีทอง, และพวงเล็ก อุดระ. บรรณาธิการ, **มนุษย์กับการพัฒนาตน**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๐), หน้า ๗๙.

๘. วัยสูงอายุ (Late adulthood)

ระยะ ๖๕ ปีขึ้นไป^{๑๖๒}

๒.๑.๒ แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความตายอย่างสงบ

ความตายในทัศนะทางจิตวิทยานั้น คือ การหยุดคิด การหมดสิ้นความรู้สึกและความต้องการต่างๆ ซึ่งเท่ากับการสูญเสียทางบุคลิกภาพ^{๑๖๓}

ดังนั้น การศึกษาทางด้านจิตวิทยากับความตาย จึงเน้นถึงระดับการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจ ซึ่งนักจิตวิทยาเชื่อมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของมนุษย์ และนำไปสู่การตัดสินใจต่างๆ ตามมา ดังเช่น นักจิตวิทยาได้ศึกษาวิจัยเรื่องความตายทางด้านจิตวิทยา มีผลจากการศึกษาวิจัยสรุปให้เห็นได้ ดังนี้

Kubler-Ross (๑๙๖๙) อธิบายไว้ว่า ความรู้สึกทางลบต่างๆ ของมนุษย์ที่เกิดขึ้นจากการเสียชีวิต (ไม่ว่าจะกับตนเองหรือกับคนที่ตนเองรัก) เป็นความรู้สึกปฏิเสธความจริง (Denial Characteristics)

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องความตายทางด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อการศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์ เริ่มขึ้นตั้งแต่ในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ ๗๐ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความกระวนกระวายใจที่เกิดขึ้นจากความตาย (Death-Anxiety) โดยใช้แบบสอบถาม ได้ข้อสรุปว่า ในคนที่อายุน้อยมีระดับความกระวนกระวายใจที่เกิดขึ้นจากความตายสูงกว่า และต่ำลงในช่วงวัยกลางคนจนถึง วัยชรา (Forther and Neimeyer ๑๙๙๙) อย่างไรก็ตาม มีงานศึกษาจำนวนไม่มากนักอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความตาย เช่น Kopp and Pullen (๒๐๐๒) พบว่า บุคคลที่เลือกซื้อสินค้าที่จะต้องใช้เมื่อเสียชีวิตแล้ว (End-of-Life Good) เช่น ประกันชีวิต มักมีระดับความกังวลใจที่เกี่ยวข้องกับการตายมากกว่า และเป็นการตัดสินใจที่ยากกว่าการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าทั่วไป เช่น บ้าน หรือ รถยนต์ ซึ่งสะท้อนความรู้สึก “ปฏิเสธความตาย” หรือ “ปฏิเสธระยะเวลาที่จำกัด” ก่อนที่ความตายจะมาถึง

นักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม เช่น Becker (๑๙๗๓) ได้เสนอ “ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความรู้สึกหวาดกลัว” (Terror-Management Theory) โดยพยายามศึกษาถึงการบริหารจัดการจิตใจเพื่อลดระดับของความหวาดกลัวที่เกิดขึ้นจากความตาย เช่น การเพิ่มความมั่นใจในตนเอง Greenbert และคณะ (๑๙๙๐, ๒๐๐๐) พบว่า การพยายามอธิบายการตายว่าเป็นสัจธรรมในชีวิตที่

^{๑๖๒} เรียม ศรีทอง, และพวงเล็ก อุดระ. บรรณาธิการ, **มนุษย์กับการพัฒนาตน**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๕๐), หน้า ๘๐.

^{๑๖๓} พระมหาประยูร อธิวิธ, “ชีวิตและความตาย” สารนิพนธ์พุทธศาสตรบัณฑิต, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๐), หน้า ๑๐๙.

มนุษย์ต้องยอมรับ ทำให้บุคคลที่กำลังเผชิญกับความตายสามารถรักษาระดับความกระวนกระวายใจ ได้ดีกว่าการบ่ย่ำเบี่ยงที่จะพูดเรื่องความตาย เช่น การที่หมอเลือกบอกคนไข้ว่าเป็นโรคมะเร็งและจะเสียชีวิตอย่างแน่นอน และพยายามช่วยให้คนไข้ยอมรับความจริง จะส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อ คนไข้น้อยกว่าการพูดให้กำลังใจโดยไม่บอกความจริงและปล่อยให้คนไข้เผชิญกับความจริงใน ภายหลัง^{๑๖๔}

เคน (Kane) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ถึงเรื่องความตายของเด็ก ซึ่งได้มีองค์ประกอบที่ แตกต่างกันไป ดังนี้ คือ

๑. การตระหนักถึงความตาย (Realization) คือ การตระหนักถึงภาวะการณสูญเสียชีวิต ความตายอาจเกิดขึ้นกับผู้ใดก็ได้ ละการตระหนักว่า มีบางสิ่งบางอย่างที่สามารถทำให้สิ่งมีชีวิตต้อง ตายหรือเป็นเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเกิดขึ้นในช่วงชีวิตคน

๒. การแยกจากกัน (Separation) เกี่ยวข้องกับสถานที่อยู่ของสิ่งที่ตายไปแล้วและ พาดพิงไปถึงมิติของระยะทาง

๓. การไม่เคลื่อนไหว (Immobility) คือ การเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของสิ่งตาย จำแนกเป็นการเคลื่อนไหวได้ทุกส่วนของร่างหรือเคลื่อนไหวได้บางส่วน หรือร่างกายทุกส่วนมีอาการ หยุดนิ่ง

๔. การเอาคืนไม่ได้ (Irreversibility) คือ ความตายเกิดขึ้นอย่างถาวรและไม่มีการ เปลี่ยนกลับเหมือนเดิม หรือเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวแล้วเปลี่ยนกับเหมือนเดิม

๕. การไม่ทำงานของร่างกาย (Dysfunctional) เป็นความคิดเกี่ยวกับการทำงานของ ร่างกายมากกว่าความรู้สึกรับรู้ของร่างกาย คนที่ตายแล้วอวัยวะทุกส่วนหยุดทำงาน ซึ่งความหมาย ขององค์ประกอบนี้ คล้ายกับองค์ประกอบการเสื่อมสลายของร่างกาย

๖. การไม่มีความรู้สึก (Insensitivity) คือ การพิจารณาเกี่ยวกับการทำงานของระบบ ประสาทรับความรู้สึก ของสิ่งที่ตายและหน้าที่ของจิต เช่น ความฝัน ความรู้สึก ความคิดการได้ยิน มี ความคิดว่าสิ่งที่ตายไม่มีความรู้สึกเลยหรือไม่มีความรู้สึกเพียงบางส่วน หรือมีความรู้สึกอย่างเต็มที่

๗. ลักษณะรูปร่าง (Appearance) เป็นความคิดว่า สิ่งที่ตายแล้วนั้นมองดูเหมือนกับ อะไร เด็กมีความคิดว่า คนที่ตายแล้วเหมือนหรือไม่เหมือนกับขณะมีชีวิต^{๑๖๕}

^{๑๖๔} พระมหาสมศักดิ์ อติเมโธ (สงวนดี), “การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดเรื่องวิธีชนะความตายของพุทธ ทาสสิกขุ” วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต, (บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ๒๕๕๒), หน้า ๖๒.

^{๑๖๕} พระมหาสมศักดิ์ อติเมโธ (สงวนดี), “การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดเรื่องวิธีชนะความตายของพุทธ ทาสสิกขุ”, หน้า ๖๓.

เบคเคอร์ และคณะ (Baker,etal.) ได้ให้ความหมายของความตาย หมายถึง การสูญเสียลักษณะของการมีชีวิตโดยสิ้นเชิง ได้แก่ หยุดการเคลื่อนไหวของสิ่งที่ช่วยให้มีชีวิต สูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย วิญญาณ ได้ออกจากร่างกายไปโดยไม่หวนกลับมาอีก สูญเสียการรู้สติ และความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับสังคม^{๑๖๖}

นักกี (Nagy) ได้กล่าวถึง การศึกษาการรับรู้ความตายของเด็กชาวฮังการีวัย ๓-๑๐ ปี มี ๔ องค์ประกอบ คือ ๑) ความตายเป็นการจากหรือหลับไป ๒) ความตายเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและค่อยเป็นค่อยไปอย่างช้าๆ สามารถเปลี่ยนกลับไปได้ระหว่างความตายเป็นคนที่ยังไปมองไม่เห็นและความตายเป็นคนที่มีชีวิต ๓) ความมีลักษณะเป็นคน (Death is a man) มีจินตนาการ ๒ แบบ คือ ความตายเป็นคนที่ยังไปมองไม่เห็น และความตายเป็นคนที่ไม่มีชีวิต ๔) ความตายคือ การเสื่อมสลายของร่างกาย (Death is the cessation of corporal life) กล่าวถึงการเสื่อมสลายของชีวิตจะพบในเด็กกลุ่มใด ซึ่งเริ่มเข้าใจถึงธรรมชาติของชีวิตแล้ว รู้ว่าทุกคนต้องเผชิญกับความตาย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้^{๑๖๗}

มีเลีย (Mlear, j.D) ได้แบ่งการรับรู้ความตายของเด็กซึ่งอาศัยพื้นฐานการศึกษาของนักกี (Nagy) ได้เป็น ๔ ข้อ คือ ๑) ความตายเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือเป็นการสิ้นสุดของชีวิต ๒) ความตายเป็นคนๆ หนึ่ง ๓) ความตาย คือ กรณีสูญเสียคนใดคนหนึ่งไป ๔) ความตายเป็นสากล ๕) ความตายคือ การเสื่อมสลายของการทำงานของร่างกาย ๖) ความตายเกิดจากความแก่ ๗) ระดับของความตาย ๘) ชีวิตหลังความตาย ๙) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งผลจากการศึกษาในครั้งนี้ มีเลีย ได้สรุปถึงแนวทางการรับรู้ถึงความตาย ที่เด็กสามารถจะรับรู้ถึงความตายได้ เป็น ๓ องค์ประกอบ คือ การสิ้นสุดของชีวิต การไม่ย้อนกลับและการเสื่อมสลายของร่างกาย^{๑๖๘}

๒.๑.๓ แนวคิด ทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

การศึกษาทางจิตวิทยานั้น จะเน้นเป็นการศึกษาทางด้านจิตใจ พฤติกรรมของมนุษย์เป็นส่วนสำคัญ แต่ทางด้านกายภาพก็เป็นส่วนสำคัญที่จะให้มีความสุขทางจิตที่ดีได้ เพราะกายกับใจเป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกันเมื่อร่างกายไม่สบายขึ้นมาก็ส่งผลกระทบกระเทือนทางจิตใจไปด้วย ดังนั้น ทฤษฎีทางจิตวิทยาในด้านกายภาพนั้น ก็จะมีการสอบถามและมีการบำบัดไปพร้อมๆ กันโดยเฉพาะในด้าน

^{๑๖๖} พระมหาสมศักดิ์ อติเมโธ (สงวนติ), “การศึกษาวิเคราะห์แนวคิดเรื่องวิธีชนะความตายของพุทธศาสนิกชน”, หน้า ๖๓.

^{๑๖๗} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๓.

^{๑๖๘} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๔.

ร่างกายนั้น ก็จะมีการบำบัดด้วยการออกกำลังกายบ้าง การบำบัดในรูปแบบของสปาบ้าง โดยอาศัย กลิ่นมาช่วยในการบำบัดทางจิตวิทยา เพื่อเป็นการบำบัดด้านกายภาพ

ดังเช่น มาสโลว์ ได้อธิบายถึงทฤษฎีแรงจูงใจไว้ว่า มนุษย์มีลำดับขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นต่ำ จนถึงขั้นสูง มีทั้งหมด ๕ ขั้นตอน แรงจูงใจลำดับต้นต้องได้รับการตอบสนองก่อน แรงจูงใจลำดับสูงจึง พัฒนาตามมาตามลำดับ

แรงจูงใจลำดับที่หนึ่ง มาสโลว์อธิบายว่า มนุษย์ต้องได้รับการตอบสนองทางสรีรวิทยา เป็นปฐมฐานก่อน เช่น มีอาหารรับประทานไม่หิวโหย มีที่อยู่อาศัย มียารักษาโรคมะเร็งรบกวนรบกวนกันหนาว ถ้าความต้องการอันดับแรกยังไม่ได้รับการตอบสนองพอเพียงแรงจูงใจประเภทอื่นๆ ยากที่จะบังเกิดขึ้นได้

แรงจูงใจลำดับที่สอง คือแรงจูงใจเพื่อความปลอดภัยแห่งตนเองและทรัพย์สิน เมื่อความต้องการอันดับแรกได้รับการตอบสนองแล้ว ต่อมาก็เกิดความต้องการที่จะรักษาชีวิตของตนทรัพย์สินของตนให้มั่นคงปลอดภัย

แรงจูงใจลำดับที่สาม คือแรงจูงใจเพื่อเป็นเจ้าของ มีสังกัด เช่น ความรู้สึกว่าคุณมี ชาติตระกูล มีครอบครัว มีสถาบัน มีครู มีโรงเรียน

แรงจูงใจลำดับที่สี่ คือแรงจูงใจแสวงหาและรักษาศักดิ์ศรีเกียรติยศทั้งโดยตนเองสำนึก และผู้อื่นกล่าวขวัญยกย่องเชิดชู เช่น ความต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยกย่องนับถือ มีหน้ามีตาในสังคม ต้องการเกียรติยศชื่อเสียง

แรงจูงใจลำดับที่ห้า คือแรงจูงใจเองตระหนักรู้ความสามารถของตนกับประเพณีปฏิบัติตนตามความสามารถ มาสโลว์เชื่อว่าคนทุกคนมีความมุ่งหมายในชีวิต เพื่อจะบรรลุถึงความสมปรารถนา ระดับนี้ทั้งนั้น เพื่อจะเป็นคนเต็มโดยสมบูรณ์^{๑๖๔}

จากทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์นี้ จะเห็นได้ว่า ความต้องการของมนุษย์นั้นมีทั้งที่มาตอบสนองในด้านร่างกายโดยเป็นกระบวนการภายในของบุคคลเป็นผลซึ่งเกิดจากการทำงานร่วมกันของแรงขับทางสรีระ และกระบวนการทางสมองผสมผสานกับสิ่งแวดล้อมกำหนดเป็นแนวทางการกระทำของบุคคลกลายเป็นพฤติกรรมของมนุษย์^{๑๗๐} ผู้วิจัยเห็นว่า ตามทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ทั้ง ๕ ลำดับขั้นตอนนี้ ลำดับขั้นต้นแรงจูงใจข้อที่หนึ่ง เป็นความต้องการทางด้านร่างกาย เมื่อมนุษย์มีความต้องการที่จะให้ร่างกายของตนมีสุขภาพร่างกายที่ดี ก็ต้องมีการดูแลรักษาร่างกายให้ดี ด้วยการออกกำลังกาย เมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วยก็พยายามทำการรักษาให้ร่างกายมีความเป็นปกติ ซึ่งมีความ

^{๑๖๔} ศรีเรือน แก้วกังวาน, **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**, พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๔๘), หน้า ๑๐๔-๑๐๕.

^{๑๗๐} เรียม ศรีทอง, และพวงเล็ก อุดระ, **บรรณาธิการ, มนุษย์กับการพัฒนาตน**, หน้า ๑๔๓.

สอดคล้องกับระบบประสาทที่เป็นส่วนสำคัญของมนุษย์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านการควบคุมกระบวนการทางกายที่เกี่ยวกับความหิว การหลับ การตื่น กระจาย ความรู้สึกทางเพศ การย่อยอาหาร การเคลื่อนไหวของร่างกาย^{๑๗๑} ในข้อนี้ถือว่าการเผชิญความตายอย่างสงบในด้านร่างกายตามทฤษฎีทางจิตวิทยา

ทฤษฎี Psychosocial Stage ๘ ขั้นตอน^{๑๗๒}

ในบรรดาแนวคิดต่างๆ ของแอร์ริคสัน ทฤษฎี Psychosocial Stage เป็นแนวคิดที่โด่งดังที่สุด ตามทฤษฎีนี้ได้แบ่งชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 8 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนบอกระยะอายุไว้อย่างสังเขป ระยะอายุนี้นี้เป็นการแบ่งอย่างคร่าวๆ เพราะแตกต่างกันไปรายบุคคลแตกต่างกันไปตามบุคคลและแตกต่างกันไปตามอิทธิพลของวัฒนธรรมสี่ขั้นตอนแรกเป็นระยะวัยทารกและวัยเด็ก ขั้นตอนที่ทำเป็นระยะวัยรุ่น สามขั้นตอนสุดท้ายเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่

คำว่า ขั้นตอน (Stage) หมายความว่า มนุษย์มีกระบวนการพัฒนาการเป็นขั้นๆ จากลำดับหนึ่งไปสู่อีกลำดับหนึ่งเหมือนการขึ้นบันได ไม่มีการกระโดดข้ามขั้น การพัฒนาการลำดับต้นย่อมมีผลกระทบสืบเนื่องต่อการพัฒนาการลำดับต่อไป

ขั้นตอนที่ ๑ : ความไว้วางใจกับความสงสัยน้ำใจผู้อื่น (trust vs. mistrust)

ระยะนี้เป็นระยะวัยทารกแรกเกิดจนถึง ๑ ขวบ ความไว้วางใจในผู้อื่นเกิดจากการที่เด็กทารกได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางกายและทางจิตใจ เช่น ได้รับการดูแล ตม ลูบ คลำ สัมผัส อุ้มชู นอน เล่นเสียง มีผู้พูดให้ฟัง มีผู้อยู่ใกล้ๆ เปลี่ยนผ้าให้เมื่อสกปรก กล่อมให้นอนเมื่อ ง่วง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ทำให้ทารกได้รับความสุขสบายและผาสุกใจ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าโลกนี้น่าอยู่ เมื่อมีทุกข์ร้อนก็มีผู้จัดปัดเป่าให้ ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดความไว้วางใจในบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และขยายวงไปสู่ความไว้วางใจในตนเอง และไว้วางใจผู้อื่น

อย่างไรก็ดีทารกที่ได้รับการสนองความต้องการทางกายทางอารมณ์จนรู้สึกสุขสบายตลอดเวลาและล้นเหลือนั้น จะกลายเป็นคน “เชื่อถือไว้วางใจคนง่ายเกินไป” ส่วนทารกที่มักไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการทางกายจนเข้าขั้น “ขาดแคลน” นั้น ก็มักจะเป็นคนระแวงง่าย แอร์ริคสัน

^{๑๗๑} เรียม ศรีทอง, และพวงเล็ก อุตรระ, บรรณาธิการ, มนุษย์กับการพัฒนาตน, หน้า ๑๙.

^{๑๗๒} ศรีเรือน แก้วกังวาน, ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ, หน้า ๔๖-๕๖.

เชื่อว่า พัฒนาการที่ควรเป็นคุณได้แก่ ความสมดุล ระหว่างความเชื่อถือว่าไว้วางใจในน้ำใจบุคคลอื่น กับ ความระแวงสงสัยในน้ำใจบุคคลอื่น เพราะความพอดีของคุณสมบัติ ๒ ประการนี้ ทำให้ทารกพัฒนา ความรู้สึกว่า “โลกนี้มีที่หวังและมีความหวัง” ความรู้สึกเช่นนี้ เป็นความรู้สึกที่มีคุณค่าของมนุษย์ที่ต้องพัฒนาให้มีให้เป็น เพราะเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์ต่อสู้อุปสรรคต่างๆ ซึ่งต้องเกิดขึ้นในกระแสชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

ขั้นตอนที่ ๒ : ความเป็นตัวของตัวเองแย้งกับความละอายใจและไม่แน่ใจ

(autonomy vs. shame and doubt)

เป็นระยะอยู่ในวัยทารกตอนปลาย ทารกเริ่มรู้จักหัดความควบคุมตนเองในการใช้กล้ามเนื้อ ประสาทสัมผัส มีความกระหายใคร่รู้จักสิ่งแวดล้อมล้นรอบตัว และพากเพียรที่จะเป็นตัวของตัวเอง ทำอะไรด้วยตนเอง (autonomy) ทารกจึงชุกชอนอยู่ไม่สุข ซึ่งอาจอธิบายพฤติกรรมของทารกด้วยสำนวนไทยได้ว่า “จับปูใส่กระด้ง” ขณะเดียวกันผู้เลี้ยงดูทารกก็มักควบคุมกิจกรรมของทารกด้วยเกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารก

ทารกที่ผู้เลี้ยงดูปล่อยให้เขาได้ทำอะไรตั้งใจปรารถนา โดยไม่เกินไปเลยเกิดไปจะพัฒนา ความเป็นตัวของตัวเอง แต่ถ้าทารกถูกควบคุมมากเกินไปก็จะเกิดความรู้สึกละอายใจและไม่แน่ใจตนเอง ความรู้สึกทั้งสองประการ (ละอายใจและไม่แน่ใจ) ถ้ามีมากจะทำให้ทารกผู้นั้นพัฒนาบุคลิกภาพที่ชอบทำอะไรแอบๆ ซ่อนๆ ปิดบัง จะกลายเป็นผู้ใหญ่ที่ชอบทำอะไรลับๆ ไม่เปิดเผย, ชอบพูดปด แต่ทารกที่มีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไป ก็อาจเกิดนิสัยเป็นคนเข้าคนยาก ไม่ยอมเคารพกฎระเบียบของสังคม ชอบทำอะไรแผลงๆ ต่อต้านสังคม ความพอดีระหว่างความเป็นตัวของตัวเอง กับความละอายใจและไม่แน่ใจทำให้เขาพัฒนานิสัยรู้จักควบคุมตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองตามความเหมาะสม มีความตั้งใจมั่นในการกระทำกิจต่างๆ รู้จักตัดสินใจด้วยตนเองว่าอะไรถูกอะไรผิด อะไรดีอะไรชั่ว อะไรเหมาะสมอะไรไม่ควร เหล่านี้เป็นคุณสมบัติที่พึงปรารถนาในโครงสร้างบุคลิกภาพอันมั่นคง

ขั้นตอนที่ ๓ : ความคิดริเริ่มแย้งกับความรู้สึกผิด (initiative vs. guilt)

เป็นระยะวัยเด็กตอนต้น เด็กมีความสามารถทางกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส พึ่งตนเองได้ดีในการเคลื่อนไหว หยิบฉวย เดิน เริ่มพูดภาษาสื่อความได้และเข้าใจภาษาพูดซึ่งเป็นภาษาแม่

ด้วยดี สมรรถภาพทางกายและจิตใจเริ่มทำงานร่วมประสานกัน ชีวิตประจำวันของเด็กเป็นไปอย่างมีความมุ่งหมายและตัดสินใจเด็ดเดี่ยวมั่นคงกว่าเดิม เด็กอยากเรียนรู้สิ่งที่อยู่รอบตัว รู้จักใช้ความคิดฝัน และมีความคิดสร้างสรรค์ (เด็กวัยนี้จึงชอบทำอะไรแปลกๆ แปลกๆ ดื้อรั้น หรือประเทยยังว่ายิงย) เป็นช่วงเวลาที่เด็กสนุกสนานมาก ชอบเล่นการเล่นที่เป็นเกมต่างๆ และชอบของเล่นทุกชนิด เด็กที่ถูกสกัดกั้นความคิดฝัน หรือห้ามไม่ให้สำรวจตรวจสอบตราสิ่งต่างๆ หรือห้ามไม่ให้เล่น ไม่ให้ทำอะไรๆ มากเกินไป (เช่น เด็กที่บิดามารดาทนุณนอมเกินไป เด็กที่ต้องอยู่ในกรอบระเบียบกฎเกณฑ์เกินไป เด็กถูกทำโทษมากเกินไป ถูกห้ามด้วยคำสั่งห้าม “อย่าทำ” “อย่ายุ่ง” ฯลฯ มากเกินไปจะเกิดความรู้สึกผิดและกลัวการถูกลงโทษ จนอาจพัฒนาบุคลิกภาพแบบ “รู้สึกผิด” (guilt personality) หรือเป็นคนชอบหลีกหนีความจริงโดยใช้ความคิดฝัน หรือ อาจชอบแสดงความก้าวร้าวอวดดีเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนปรารถนา

ความพอดีระหว่างความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิดจะทำให้เด็กพัฒนาคุณสมบัติเป็นคนชอบสร้างสรรค์ รู้จักคิดหาวิธีแก้ไขปรับปรุงกิจการต่างๆ ที่ต้องกระทำและเป็นคนที่ไม่กลัวเผชิญความเป็นจริงของตนเองและของชีวิต

ขั้นตอนที่ ๔ : ระยะเอางานแย้งกับปมด้อย (industry vs. inferiority)

ในระยะวัยเด็กตอนปลาย เด็กเข้าโรงเรียนและเริ่มรู้จักเรียนอย่างจริงจัง จังๆ เป็นช่วงเวลาที่เด็กมีความสามารถควบคุมกิจกรรมของตน เช่น การเล่นอยู่ในโลกของความคิดฝันน้อยลง รู้จักเคารพระเบียบวินัยของโรงเรียนและของสังคม การเข้าโรงเรียนและเรียนหนังสืออย่างเป็นเรื่องเป็นราว ทำให้เด็กต้องพัฒนาคุณสมบัติเอาจริงเอาจัง เพื่อเป็นการปรับตัวต่อความคาดหวังของครู พ่อแม่ และเพื่อน เด็กต้องเลิกเล่นแบบเด็กทารกและเล่นผีนๆ มาเป็นการเล่นที่มีกฎเกณฑ์ เล่นของเล่นจริงๆ น้อยลง แต่หันมาเล่นของเล่นกึ่งของจริง (เช่น เครื่องไม้เครื่องมือต่างๆ) เด็กที่มีครู และพ่อแม่ช่วยเหลือ แนะนำการเรียน การเล่น ตั้งความคาดหวังกับเด็กพอสมควร และให้อภัยเด็กเมื่อเด็กทำไม่ได้ตั้งใจปรารถนาของตนเองและของผู้ใหญ่ เด็กจะเกิดกำลังใจมานะที่จะหัดเรียน หัดเล่น และทำกิจกรรมต่างๆ ช่วงนี้เป็นเวลาฝึกฝนกิจกรรมประเภททักษะต่างๆ ให้แก่เด็กได้อย่างดีเลิศ เช่น การร้องรำทำเพลง การกีฬา การดนตรี งานบ้าน และสุขนิสัยต่างๆ เช่น การรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบ ซึ่งจะติดตัวติดใจเด็กไปจนตลอดชีพในทางกลับกันเด็กที่ไม่มีผู้ใหญ่คอยแนะนำและให้กำลังใจ หรือตั้งความคาดหวังในตัวเด็กเกินความสามารถเฉพาะตัวของเด็ก จะทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณค่าต่ำ

ด้อยไร้ความสามารถ ความรู้สึกเช่นนี้ถ้ามีมาก จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “มีปมด้อย” ในแง่ใดแง่หนึ่ง ซึ่งในบางคนความรู้สึกชนิดนี้ฝังรากลึกไปบุคลิกภาพจนตลอดชีพ

ความพอดีระหว่างความเอาใจตัวเองกับความรู้สึกด้อยจะพัฒนาไปสู่ความมีสมรรถภาพที่แท้จริง (คือไม่มีความรู้สึกยกตนเอง เก่งจนหลงตนเอง หรือมีความรู้สึกว่าตนต่ำด้อยด้อยค่า จนกลายเป็นคนหยิ่งโหยง ไม่นำพาต่อกิจการใดๆ)

ขั้นตอนที่ ๕ : การพบอัตลักษณ์แห่งตนแย้งกับการไม่เข้าใจตนเอง (identity vs. identity diffusion)

ในระยะนี้เป็นระยะวัยรุ่น ในบรรดาขั้นตอนแห่งความขัดแย้งทางสังคมจิตใจของมนุษย์ทั้ง 8 ขั้นตอนนั้น แอริคสันเชื่อว่า ขั้นนี้เป็นช่วงที่ความขัดแย้งมีลักษณะวิกฤติยิ่งกว่าช่วงอื่น เพราะเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ ถ้าหากไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติให้ลุล่วงด้วยดีพอสมควร เด็กวัยรุ่นนั้นก็จะเป็นเด็กวัยรุ่นที่มีอัตลักษณ์อันสับสนและกลายเป็นผู้ใหญ่ที่มีบุคลิกภาพสับสนไม่มั่นคง

แอริคสันอธิบายว่าระยะนี้เด็กกำลัง “ละทิ้งภาพของตนเองอย่างเป็นเด็ก” เพื่อเข้าถึง “ภาพของตนเองอย่างเป็นผู้ใหญ่” สภาพเช่นนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งด้านสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่กับเพื่อนร่วมวัย กับเพื่อนต่างเพศ กับสังคม และเกิดความสับสนทางจิตใจอย่างรุนแรง

ตัวอย่างเช่น ควรจะเชื่อฟังพ่อแม่ดี หรือเชื่อตัวเองดี หรือเชื่อเพื่อนดี ควรเลียนแบบเพื่อนหรือบุคคลที่ตนนิยม (เช่น ดาราภาพยนตร์ ดาราทีวี) ดี หรือควรคงความเป็นเอกลักษณ์ของตนเองดี ควรเป็นอิสระเสรีเต็มที่ดี หรืออยู่ในกรอบประเพณีระเบียบอย่างเข้มงวด อย่างไหนดีกว่า ควรเลือกวิชาชีพรอบความประสงค์ของตนหรือเลือกตามเพื่อน หรือเลือกตามใจผู้ปกครอง อย่างไหนดีที่สุด ฯลฯ

สภาพทางจิตใจที่สำคัญประการหนึ่งของเด็กวัยรุ่น ได้แก่ การแสวงหาอัตลักษณ์แห่งตนเองเพื่อรู้จักตนเองในแง่มุมต่างๆ เช่น ความชอบ ความสนใจ ความปรารถนาในชีวิต ปรัชญาในชีวิต อาชีพที่ตนประสงค์ เพื่อนต่างเพศที่ตนปรารถนาจะคบหรือที่จะเลือกเป็นคู่ชีวิต ความถนัดเฉพาะตน ฯลฯ ในขณะที่เดียวกันเด็กวัยรุ่นก็ต้องผสมผสานลักษณะเฉพาะของตนในแง่มุมต่างๆ ให้เข้ากันได้กับความเป็นจริงของครอบครัว วัฒนธรรม ค่านิยมของสังคม ของกลุ่มเพื่อนร่วมวัย การผสมผสานดังกล่าวนี้มีใช้เรื่องทำได้ง่าย ๆ และฉลบบล้น

วัยรุ่นที่ไม่รู้จักสมรรถภาพและคุณลักษณะของตนเองดีพอสมควร ไม่สามารถประสานอัตลักษณ์ของตนเองกับโครงสร้างของสังคม จึงมักจะกลายเป็นวัยรุ่นที่หลงตนลืมตน และมีตนอันสับสน ซึ่งแอร์คสันใช้คำว่า Identity crises และ Identity confusions วัยรุ่นเหล่านี้เป็นวัยรุ่นที่ว้าวุ่น ไม่เป็นตัวของตัวเอง เหนงหงอย ซ้ำกังวล ตัดสินใจไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งจนอาจกลายเป็นอันธพาล ตีดาเสพติด (ขาดความรับผิดชอบต่อตนเอง และต่อสังคมในรายที่มีตนสับสนรุนแรง)

พัฒนาการที่พึงประสงค์ คือ ความสมดุลระหว่างการรู้จักอัตลักษณ์ของตนเองอย่างดีกับความสับสนเพราะยังไม่พบตนเองด้วยดีทุกแง่มุม ด้วยเหตุที่เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญจึงขอพรรณาเพิ่มเติมอีกตามสมควร

เด็กวัยรุ่นไม่สามารถรู้จักตนเองได้ดีหมดทุกแง่มุม เพราะเหตุการณ์ในชีวิตวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนทั้งกายและจิตใจเพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ (ทากายและทางจิตใจ) ดังกล่าวนี้อาจแล้ว ดังนั้น จึงมีบางแง่มุมที่เด็กยังรู้จักตนเองดีไม่พอ ถ้าเด็กวัยรุ่นคนใดรู้จักตนเองดีหมดทุกด้านทุกแง่มุม แสดงว่าเด็กวัยรุ่นผู้นั้น “หลงตัวเองหรือยกตัวเอง” แต่ถ้าเด็กวัยรุ่นมองไม่เห็นภาพของตนเอง (self) เอาเลย เด็กวัยรุ่นผู้นั้นก็มีบุคลิกภาพหรืออัตลักษณ์อันสับสน

การพัฒนาตนที่สมบูรณ์ของเด็กวัยรุ่นเมื่อสิ้นสุดวัยได้แก่ การเห็นโครงร่างหรือตนของเขาเองตามความเป็นจริง เช่น เข้าใจจุดด้อย จุดเด่น ของตน ปรัชญาชีวิตของตน ความต้องการในชีวิตของตน ฯลฯ และสามารถทำใจยอมรับตนอย่างที่มีที่เป็นจริงๆ

แอร์คสันยังได้อธิบายว่า ผู้ที่มีความสมดุลระหว่างการพบตนกับการไม่เข้าใจตนเอง จะพัฒนาความรู้สึกจงรักภักดีต่ออุดมคติ ปรัชญาชีวิต , กลุ่มบุคคล, ชุมชน , ศาสนา , วัฒนธรรม ฯลฯ ในขณะที่เดียวกันความรู้สึกจงรักภักดีนี้จะส่งผลให้เด็กคลายความสับสนในตนเอง จะช่วยให้เด็กผ่านพ้นช่วงวิกฤติในชีวิตไปได้ด้วยดี (แอร์คสันได้อธิบายเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ละเอียดในหนังสือ Identity : Youth and Crises , 1968)

ขั้นตอนที่ ๖ : ความสนิทสนม ความร่วมใจ แยกกับความเปล่าเปลี่ยว (intimacy and solidarity vs. isolation)

ช่วงนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เมื่อพ้นวัยรุ่นมาแล้วบุคคลรู้จักอัตลักษณ์ของตนและพร้อมผสมผสานอัตลักษณ์ของตนกับบุคคลอื่น บุคคลแสวงหามิตรภาพอันสนิทสนมดูดีมี แสวงหาคู่ครอง และเมื่อพบแล้วก็พร้อมที่จะร่วมชีวิตในไตรจิตอันสนิทสนม ในด้านความสัมพันธ์อันคู่ครองนั้น ทั้ง

สองฝ่ายต้องลดความเป็นตัวของตัวเองลงบ้าง หรือต้องเสียสละบางอย่างของตนแก่บุคคลที่ตนรัก มิตรภาพนั้นจึงจะมั่นคง ดุดดึ่มและถาวร

แอริคสัน อธิบายว่าระยะนี้เป็นช่วงที่มีชีวิตเพศแบบ “ผู้ใหญ่” เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ในระยะที่ผ่านมาอัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual identity) อยู่ในขั้นแสวงหาแบบสำหรับตัว มักเป็นไปในลักษณะฉาบฉวยผิวเผิน (ซึ่งวัยรุ่นบางคนหลงคิดว่าเป็นแบบลึกซึ้ง) ชีวิตเพศและชีวิตคู่ในช่วงพ้นวัยรุ่นมาแล้วต้องเป็นไปในแง่การร่วมแบ่งปันต่อกันและกัน มีความเชื่อถือไว้วางใจกันและกัน สำหรับบุคคลที่ไม่มีโอกาสพบชีวิตเพศก็ควรจะต้องมีมิตรอันสนิทสนมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างไว้นื้อเชื่อใจและนับถือซึ่งกันและกัน

แอริคสันกล่าวว่า ผู้ใหญ่ซึ่งไม่สามารถสร้างความรู้สึกสนิทสนมจริงจิงกับใครได้ จะมีความรู้สึกอ้างว้างเดียวดาย ผู้ใหญ่ประเภทนี้ไม่สามารถ “ละตนเพื่อเข้าถึงผู้อื่น” ถ้ามีลักษณะเช่นนี้มากๆ อาจก่อให้เกิดปัญหาบุคลิกภาพที่รุนแรงได้ (severe personality problem)

แอริคสันอธิบายว่า ความสมดุลระหว่างความสนิทสนมกับความเปล่าเปลี่ยวนั้น จะพัฒนาคุณสมบัติ “สร้างมิตรและมีความรัก” กับบุคคลอื่นได้ เป็นมิตรจิตและความรักแบบผู้ใหญ่ ซึ่งมีลักษณะเยื่อใยมิตรและความอาทรต่อกันและกัน

ผู้ใดที่ไม่สามารถพัฒนาความรักแบบผู้ใหญ่ได้ จะเป็นคนที่หลงรักเฉพาะตนเอง ซึ่งเรียกว่า Narcissism ซึ่งเป็นบุคลิกภาพที่ไม่พึงประสงค์

ขั้นตอนที่ ๗ : การบำรุงส่งเสริมผู้อื่นแย้งกับการพะวงเฉพาะตนเอง (ge-nerativity vs. self absorption)

ช่วงนี้เป็นระยะวัยกลางคน จุดเด่นของช่วงวัยกลางคนคือ การแบ่งปัน การเผื่อแผ่ การแนะนำ การสร้างสรรค์ ทั้งในสิ่งที่ป็นวัตถุสิ่งของและความรู้ ความคิด ความชำนาญต่างๆ ต่อบุคคลอื่น ต่อโลก และต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อบุคคลเยาว์วัยกว่า

แอริคสันกล่าวว่า หากขาดการแบ่งปัน เผื่อแผ่ แนะนำแล้ว ผู้ใหญ่วัยกลางคนจะมีบุคลิกภาพอ่อนแอและมีความสับสนใจ

ในขณะที่คุณสมบัติแห่งรักแท้เกิดในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คุณสมบัติแห่งความอาทร (care) ที่แท้จริงก็เกิดขึ้นแก่บุคคลที่พัฒนาบุคลิกภาพมาด้วยดีในช่วงวัยกลางคน บุคคลแสดงความอาทรได้หลายวิธี เช่น การเลี้ยงดูอบรมให้การศึกษาแก่เยาวชน การสาธิต แนะนำความรู้ความชำนาญ

แก่บุคคลอื่น การให้ปันอนุเคราะห์ส่งเสริมผู้อื่นอย่างจริงใจ คุณสมบัติแห่งความอาทรเช่นนี้เป็นคุณสมบัติความเป็นมนุษย์ จึงทำให้ผู้กระทำพฤติกรรมแบบนี้มีความรู้สึกปลาบปลื้มอ้อมอ้อมใจพอใจในตนเอง เห็นตนเองมีค่ามีความสำคัญ แอริคสันกล่าวว่า วัฒนธรรมและอารยธรรมของสังคมใดๆ และของมนุษยชาติก้าวหน้าและรุ่งเรืองได้ เพราะมนุษย์มีความรู้สึกอยากให้ปันและอนุเคราะห์บุคคลอื่น ด้วยการสั่งสอน แนะนำแนะแนว ความรอบรู้และประสบการณ์ต่อกันและกัน คนในวัยกลางคนเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่สุดที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวนี เพราะได้สั่งสมความรู้ และประสบการณ์และทรัพย์สินเงินทองมานานเพียงพอ

คนวัยกลางคนที่พะวงเฉพาะตน จะเป็นผู้ที่เห็นแก่ตน เป็นบุคคลที่แสดงแต่อำนาจไม่หยุดยั้ง อาจเป็นอำนาจทางตำแหน่งหน้าที่การงาน หรืออำนาจทางทรัพย์สินเงินทองก็ได้ ซึ่งแอริคสันกล่าวว่า คนเหล่านี้ฉาบอารมณและบุคลิกภาพของตนอันไม่มั่นคงไว้ด้วยความใฝ่อำนาจอย่างใดอย่างหนึ่งหรือแบบใดแบบหนึ่ง

ความสมดุลระหว่างการบำรุงส่งเสริมผู้อื่นและการพะวงถึงตน ทำให้เกิดผลงานสร้างสรรค์ เป็นมนุษย์ที่มีค่า และความสามารถที่จะอนุเคราะห์บุคคลอื่นๆ ได้เป็นคนวัยกลางคนที่มีความสุข

ขั้นตอนที่ ๘ : ความมั่นคงทางใจแย้งกับความสิ้นหวัง (intergrity vs. despair)

ระยะนี้วัยสูงอายุ แอริคสันอธิบายว่า เมื่อถึงขั้นนี้แล้วบุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกว่าตนได้กระทำกิจต่างๆ ที่ควรกระทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนแล้ว เช่น ได้ให้การอบรมเลี้ยงดูผู้เยาว์ ได้แบ่งปันความรู้ความคิดแก่ผู้ควรได้รับ ได้พบและยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตของตนเอง เขามองย้อนหลังไปดูชีวิตด้วยความไม่ยึดมั่นถือมั่น ทั้งความสมหวังและผิดหวัง (ปล่อยวาง) สามารถทำใจยอมรับชีวิตของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เขาเป็น และมีความพอใจในชีวิตของตน

ผู้สูงอายุบางคนเมื่อย้อนนึกถึงอดีตอาจรู้สึกอาลัยอาวรณ์หรือยอมรับอดีตไม่ได้ (ปล่อยวางไม่ได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว) หรือกลัวความตายที่กำลังคืบคลานมา หรืออาจคิดว่าเวลาไม่เพียงพอที่จะทำอะไรใหม่ๆ หรือแก้ไขความผิดพลาดในอดีต แอริคสันอธิบายว่า ถ้าผู้สูงอายุคนใดรู้สึกเช่นนี้มากๆ จะเกิดอาการเศร้าสร้อยสิ้นหวังและหลีกเลี่ยงชีวิต (บางคนถึงกับคิดฆ่าตัวตาย)

ความพอดีระหว่างความมั่นคงทางใจและความสิ้นหวังทำให้บุคคลเกิดความเฉื่อยฉลาด
รู้ทันโลกและชีวิตซึ่งเป็นสิ่งที่พึงปรารถนา

ผู้วิจัยเห็นว่า ตามทฤษฎีของแอร์คสัน มนุษย์มีศักยภาพที่จะพัฒนาบุคลิกภาพไปได้ทั้ง
ทางบวกและทางลบขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและการปรับตัว โดยเฉพาะในระยะ ๒ ปี แรกของชีวิตซึ่ง
ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบุคคลอื่นจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของเด็กมากอย่างไรก็ตามการปรับตัว
ของมนุษย์จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต บุคคลที่สามารถมีการพัฒนาการทางบุคลิกภาพทางบวก
เป็นลำดับขั้นตอนดังกล่าวย่อมจะมีความมั่นใจ เห็นคุณค่าในตนเอง มีความร่าเริงแจ่มใส มีความคิด
สร้างสรรค์ มีความเอื้อเฟื้อเพื่อเกื้อกูลไว้ใจซึ่งกันและกัน มีน้ำใจไมตรี ย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้การ
ดำรงชีวิตเต็มไปด้วยคุณค่าและความหมาย เมื่อวาระสุดท้ายมาถึง ก็จะรู้สึกมั่นคงไม่หวั่นไหว เมื่อมอง
ย้อนกลับไป จะไม่รู้สึกเสียใจกับสิ่งที่ผ่านมา การปล่อยวางความคิดความรู้สึกต่างๆ ย่อมทำได้ง่ายขึ้น
เพราะไม่มีอะไรต้องเสียใจอีกแล้ว เมื่อในวาระสุดท้ายย่อมจากไปอย่างสงบ อันเป็นผลมาจากการ
พัฒนา ทางกาย สังคม อารมณ์และการรู้คิด ด้วยความงอกงามและสมบูรณ์

๒.๒ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความ ตายอย่างสงบ

๒.๒.๑ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิต

กระบวนการการปฏิสนธิของชีวิตมนุษย์ในทัศนะทางการแพทย์นั้น ได้อธิบายถึงการ
เกิดขึ้นของชีวิตมนุษย์ โดยเริ่มตั้งแต่ ในวันที่ ๑๔ ของแต่ละเดือน ในร่างกายของหญิงที่ยังมีประจำเดือน
จะมีไข่สุกร่วมที่ผสมกับสเปิร์มหลุดออกมาจากรังไข่ ไข่นี้มีขนาดเล็กมากมีขนาด ๐.๑๓๕ มิลลิเมตร
ตัวไข่มีเยื่อบางซึ่งเป็นเซลล์รูปกระสวยคลุมอยู่ภายในไข่มีโครโมโซมบอกเพศทารกและยืนส้อยู่ ยืนสนี้
มีขนาดเล็กมาก ประมาณ ๐.๐๐๐๐๒ มิลลิเมตร และมีความสำคัญมากเพราะจะทำหน้าที่สืบลักษณะ
ของบรรพบุรุษมาอย่างหลานต่อไป ลักษณะดังกล่าวนี้ ก็ คือ สีส้ม ลักษณะของหน้าตา ศีรษะ จมูก
รวมทั้งนิสัยใจคอเป็นต้น ยืนสนี้อยู่ในโครโมโซม

โครโมโซมมีจำนวนจำกัด คือ ๒๓ คู่ รวมทั้งโครโมโซม X หรือ โครโมโซม Y สำหรับบอก
เพศด้วย

ก่อนที่ไข่กับสเปิร์มจะผสมกัน ต่างก็จะลดจำนวนโครโมโซมเหลือครึ่งหนึ่งภายหลังผสม
กันแล้วจึงรวมกลับเป็น ๒๓ คู่เท่าเก่าถ้ารวมเป็น ๒๒ คู่ + XY ลูกจะเป็นชาย ถ้ารวมเป็น ๒๒ + XX
ลูกจะเป็นหญิง

เมื่อสเปิร์มเข้าไปในช่องคลอดแล้ว จะว่ายทวนขึ้นไปในโพรงมดลูก ไปที่หลอดมดลูกด้านนอก ทั้งที่กินเวลาประมาณ ๖๕ – ๗๕ นาที การผสมกับไข่จะเกิดขึ้นที่นั่นโดยสเปิร์ม ๑ ตัว จะใช้หัวไวทะลุเยื่อหุ้มเซลล์ของไข่เข้าไปได้และทิ้งหางไว้ภายนอกไข่

จากนั้น ไข่ที่ผสมแล้ว (Fertilized Ovum=Zygote) จะลอยกลับเข้าไปในโพรงมดลูก ระหว่างนี้ไข่จะเปลี่ยนแปลงรูปร่างและเซลล์ภายในจากสภาพที่ผสมแล้วเป็นสภาพมีผิวขรุขระคล้ายลูกน้อยหนา (Morula) ประมาณวันที่ ๖ จะแปรสภาพเป็นตัวอ่อน (Embryo) ซึ่งจะวิวัฒนาการต่อไป ตัวอ่อนขั้นตอนนี้จะมีสภาพเนื้อเยื่อของเซลล์ตรงกลางเป็นรูกลวงซึ่งพร้อมแล้วที่ฝังตัวลงในเยื่อบุมดลูกที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อการตั้งครรภ์ ตัวอ่อนจะพัฒนาตัวเองอยู่ ๖ สัปดาห์และสิ้นสุดเมื่ออายุ ๒ เดือน เนื้อเยื่อเซลล์ของตัวอ่อนแบ่งออกได้เป็น ๓ ชั้น คือ

๑. ชั้นในที่สุด (Endoderm) ชั้นนี้จะเจริญเติบโตต่อไปเป็นเยื่อบุลำไส้ เยื่อบุทางเดินของระบบหายใจ กระเพาะปัสสาวะ ต่อมไทรอยด์ และต่อมไทมัส

๒. ชั้นกลาง (Mesoderm) ชั้นนี้จะเจริญเติบโตเป็นกล้ามเนื้อ กระดูก เส้นเลือด กระดูกอ่อน เอ็นต่างๆ แกนกลางของฟัน ไต ท่อไต รังไข่ (เพศหญิง) ลูกอัณฑะ (เพศชาย) หัวใจ หลอดโลหิต ท่อน้ำเหลือง เยื่อหุ้มปอด และเยื่อหุ้มหัวใจ

๓. ชั้นนอกสุด (Ectoderm) ชั้นนี้จะเจริญเป็นผิวหนัง ผม ขน เล็บ ต่อมไขมัน ต่อมน้ำลาย ต่อมน้ำมูก เคลือบฟัน ระบบประสาท รวมทั้งเนื้อสมอง

หลังจาก ๒ เดือนนี้แล้ว ขณะย่างเข้าเดือนที่ ๓ เซลล์อวัยวะจะมีการเจริญเติบโตและมีรูปร่างพอที่จะมองเห็นคร่าวๆ ได้ว่าเป็นร่างกายมนุษย์ (Fetus)

ดังจะเห็นได้ จากกระบวนการพัฒนาการการเจริญเติบโตของชีวิตมนุษย์ โดยนับตั้งแต่ไข่ผสมกับสเปิร์มจนอายุได้ ๒ สัปดาห์ ยังเรียกว่า ไข่ (Ovum) ระหว่าง ๓ - ๘ สัปดาห์เรียกว่า ตัวอ่อน (Embryo) ภายหลัง สัปดาห์ถึงคลอด เรียกว่า ทารก (Fetus) และนักชีววิทยาได้ศึกษาและได้ให้รายละเอียดที่เกี่ยวกับอวัยวะและน้ำหนักตัวของทารกอีกดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่ ๓ เริ่มมีทางเดินอาหารต่อไปมีหัวใจเกิดขึ้นและมีตุ่มแขนขาและระบบประสาท เริ่มพัฒนาขึ้น โดยชั้นเซลล์ก่อพันธุด้านนอกหรือผิวหนังของตัวอ่อนจะหนาขึ้นตามเส้นกลางและกลายเป็นกลีบยาว ๒ กลีบ กลีบยาว ๒ กลีบนี้แหละจะทำให้เกิดมีร่องขึ้น ๑ ร่อง จากด้านหัวไปด้านท้าย ร่องนี้จะปิดกลายเป็นหลอดขึ้นมา ๑ หลอด เมื่อกลีบทั้ง ๒ แตะกัน และผสานเป็นเนื้อเดียวกันโดยเริ่มจากเอวเรื่อยไปจนถึงปลายทั้ง ๒ ข้าง ยอดหลอดจะโตขึ้นเป็นสมอง และใยประสาทเริ่มเติบโตออกจากสมองและไขสันหลังที่เพิ่งจะมีขึ้นมา สัปดาห์ที่ ๔ ตัวยาว ๑ เซนติเมตร มีตุ่มตา หู จมูก แก้ม เริ่มเป็นรูป ร่างขึ้นมา สัปดาห์ที่ ๕ - ๖ ตัวยาว ๑ เซนติเมตรเศษ ศีรษะและร่างกายมีขนาดเท่าๆ กันก้านสมองเติบโตขึ้นมาก มือทั้ง ๒ ข้างมีนิ้วมือให้เห็นรางๆ แต่เท้ายังมีลักษณะเหมือนใบพาย สัปดาห์ที่ ๘ ตัวยาว ๔ เซนติเมตร ตัวอ้วน มอญดูศีรษะใหญ่กว่าตัว เพราะสมองเริ่มเจริญ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเจริญ แต่ยังไม่แยกเพศไม่ได้ สัปดาห์ที่

๙ ยาว ๕ เซนติเมตร อวัยวะเริ่มวิวัฒนาการ สัปดาห์ที่ ๑๐-๑๑ ยาว ๖ เซนติเมตร หัวใจเป็นรูปร่างสมบูรณ์แล้ว เซลล์เลือดขาวก็ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรคกำลังก่อตัวขึ้นในปมน้ำเหลือง ตายังปิดอยู่ หน้าผากใหญ่และกลม จมูกเล็กและปักลึบแน่นทำงานแล้วที่ได้ผิวหนังริมฝีปากเปิดและปิด หน้าผากย่น คิ้วเล็ก และศีรษะหันได้ สัปดาห์ที่ ๑๒ ตัวยาว ๙ เซนติเมตรหนัก ๑๕ กรัม มีนิ้วมือนิ้วเท้ามองเห็นชัดเจนและมีเล็บอ่อนๆ เริ่มแยกเพศได้ สัปดาห์ที่ ๑๖ ตัวยาว ๑๖ เซนติเมตรหนัก ๑๑๐ กรัม แยกเพศได้ชัดเจน มีการเคลื่อนไหวของระบบการหายใจและการกลืนเริ่มมีขนอ่อนผิวหนังแดง ดันจนมารู้สึก (ถ้าฟังจะได้ยินเสียงหัวใจเด็กเต้น) สัปดาห์ที่ ๒๐ ตัวยาว ๒๕ เซนติเมตรหนัก ๓๐๐ กรัม ศีรษะยังใหญ่อยู่ท้องเล็กลงมีผมเพิ่มขึ้น สัปดาห์ที่ ๒๔ ตัวยาว ๓๐ เซนติเมตรหนัก ๖๓๐ กรัม มีขนอ่อนทั่วตัวมีขนตาและขนคิ้ว หนังตาแยกจากกัน ผิวหนังย่นเหี่ยวรูปร่างดีขึ้น

สัปดาห์ที่ ๒๘ ตัวยาว ๓๕ เซนติเมตรหนัก ๑,๐๔๕ กรัม (สามารถเลี้ยงรอดได้ ถ้าคลอดออกมา แต่มีจำนวนน้อยกว่า) ผิวหนังมีสีแดง ย่น และมีไขปกคลุมอยู่เต็ม ลืมตาได้ (อัมตะลงมาอยู่ในถุง-เพศชาย) ร้องเสียงค่อย

สัปดาห์ที่ ๓๒ ตัวยาว ๔๐ เซนติเมตรหนัก ๒,๐๐๐ กรัม ลักษณะคล้ายคนแก่และคล้ายเด็กปลายสัปดาห์ที่ ๒๘

สัปดาห์ที่ ๓๖ ตัวยาว ๔๕ เซนติเมตรหนัก ๒,๕๐๐ กรัม มีไขมันใต้ผิวหนังมากขึ้น ฉะนั้น มองดูหนังไม่ค่อยเหี่ยว

สัปดาห์ที่ ๔๐ ตัวยาวเกิน ๔๘ เซนติเมตร น้ำหนักเกิน ๒,๕๐๐ กรัมขึ้นไป ผิวหนังมีสีชมพูถือว่าครบกำหนดคลอดแล้ว ร้องทันทีเมื่อคลอด และลืมตาดูมือเท้าปิดไปมา ส่วนมากถ่ายปัสสาวะขณะที่ร้อง ทำปากดูดได้ และถ้าให้น้ำรับประทานจะดูดได้ มีขนเล็กน้อยบริเวณไหล่ มีไขติดตามตัวโดยเฉพาะตามข้อพับ เล็บยาวพ้นนิ้ว เด็กผู้ชายอัมตะจะลงมาอยู่ในถุงอัมตะ เด็กผู้หญิงแคมอวัยวะเพศทั้ง ๒ ข้างจะติดกัน

นับจากเดือนที่ ๓ ถึงคลอด (คือ สัปดาห์ที่ ๘ หลังจากมีสภาพเป็นตัวอ่อนแล้ว) ทารกก็จะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ อวัยวะต่างๆ จะวิวัฒนาการไปตามลำดับจนครบ ๙ เดือน หรือ ๔๐ สัปดาห์ หรือ ๒๘๐ วัน จึงจะคลอด^{๑๗๓}

๒.๒.๒ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการเผชิญความตายอย่างสงบ

ความตาย ในความหมายของการแพทย์นั้น ในอดีตที่ผ่านมาเน้นการวินิจฉัยความตายเป็นสิ่งที่ไม่สลับซับซ้อน คือ ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ใน

^{๑๗๓} การปฏิสนธิของชีวิตมนุษย์, อ่างใน บรรจบ บรรณรุจิ, ปฏิจสมุบบาท, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๙), หน้า ๑๒๕ - ๑๒๗.

ปัจจุบันนี้ทำให้การวินิจฉัยความตายต้องกระทำด้วยความรอบคอบระมัดระวัง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถปรับประคับประคองระบบต่างๆ ให้ทำงานต่อไปได้ระยะเวลาหนึ่ง เช่น เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจก็สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจทำหน้าที่แทนการหายใจสามารถนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายได้ ส่วนระบบไหลเวียนโลหิตสามารถใช้เครื่องมือและยาต่างๆ กระตุ้นให้หัวใจทำงานต่อไปได้ ซึ่งการประคับประคองเหล่านี้ทำให้มีเวลารักษาพยาธิสภาพหรือโรคต่างๆ ที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพดังกล่าว รอระบบต่างๆ ฟิ้นกลับเป็นปกติ แต่มีระบบหนึ่งที่เมื่อเกิดเสียหายแล้ววิวัฒนาการทางการแพทย์ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ คือ ระบบประสาท เมื่อเกิดการทำลายของสมองอย่างถาวรซึ่งเรียกว่า “สมองตาย” ผู้ป่วยจะหยุดหายใจ ต่อมาหัวใจจะหยุดเต้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้สามารถใส่เครื่องช่วยหายใจช่วยการหายใจต่อไป และใช้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจไปได้อีกชั่วคราว แต่ผู้ป่วยจะไม่ฟื้นและในที่สุดหัวใจจะหยุดเต้น

ซึ่งระยะเวลาที่หัวใจหยุดเต้นนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย การตาย^{๑๗๔} หมายถึง การสิ้นสุดการทำงานของร่างกาย การดับหรือหยุดของชีวิต ในทางปฏิบัติ ได้แก่ การหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นการสิ้นสุดการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ร่างกายไม่สามารถรับออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เซลล์ต่างๆ ขาดออกซิเจน ไม่สามารถสร้างพลังงาน และตายในที่สุด แต่ความเป็นจริงแล้ว ขณะที่ร่างกายหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายยังไม่ตาย และยังคงทำงานอยู่ชั่วคราวจนกระทั่งออกซิเจนที่เหลืออยู่นั้นจะถูกใช้หมด ดังนั้น การตาย หมายถึง กระบวนการรับส่งออกซิเจนนั้นสิ้นสุดการทำงาน ซึ่งเรานิยามการตายโดยการหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น การตายไม่ได้หมายถึง เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายตายหมด เพราะถ้าเราเอาเซลล์ของคอนั้นไปเพาะเลี้ยง หรือเก็บรักษาไว้ เช่น เซลล์เม็ดเลือดแดง เซลล์นั้นจะยังคงอยู่ได้แต่คอนั้นได้ตายไปแล้ว ดังนั้น ความหมายของการตายในปัจจุบัน หมายถึง สมองตาย คือ การสิ้นสุดการทำงานของก้านสมอง (Brainstem) โดยสิ้นเชิงตลอดไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์กัมมันต์ พันธุมจินดา^{๑๗๕} ได้แสดงทัศนะที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องความตายไว้ว่า

^{๑๗๔} รื่นเรือง ลีลานุกรม, “การตายทางการแพทย์” อ้างใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์ บรรณาธิการ, **ความตายกับการตาย: มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๙), หน้า ๖๑ - ๖๗.

^{๑๗๕} กัมมันต์ พันธุมจินดา, “สมองและความตาย” อ้างใน ประสาน ต่างใจ และธนพรรณ สิทธิสุนทร, **มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย**, (กรุงเทพมหานคร: โครงการพิมพ์คบไฟ, ๒๕๓๙), หน้า ๒๒ - ๒๓.

ในอดีต การตาย หมายถึง การสิ้นสุดของการทำงานของร่างกาย ซึ่งในทางปฏิบัติ ได้แก่ การที่คนหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น แต่ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปมาก ทำให้สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจและใช้ยาต่างๆ กระตุ้นให้หัวใจทำงานไปได้ระยะหนึ่ง โดยที่สมองซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการควบคุมสติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ได้หยุดการทำงานไปแล้วและไม่สามารถทำให้ฟื้นคืนดีได้ ดังนั้น จึงได้มีแนวคิดในการพิจารณาการตายโดยอาศัยการหยุดการทำงานโดยสิ้นเชิง หรือการตายของสมอง เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการตัดสินการตาย

ความตาย คือ การที่ชีวิตสิ้นสุดลง ความตายของร่างกาย (Somatic Death) คือ การหยุดการทำงานที่ของอวัยวะ เพื่อการดำรงชีวิต เช่น การเต้นของหัวใจ หรือการหยุดหายใจ ความตายของหัวใจ (Cardiac Death) คือ การที่หัวใจหยุดเต้นจริงๆ ทดสอบโดยการใช้เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความตายของสมอง (Brain Death) คือ การไม่สามารถรับรู้และตอบสนองต่อการกระตุ้น ตรวจสอบได้ทางร่างกายก่อนลงความเห็นว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย

หลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพิเศษของโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด^{๑๗๖} ได้ให้คำนิยามของคำว่า ความตาย ในปี ค.ศ. ๑๙๖๘ ไว้ว่า ความตาย คือ การตายของสมอง โดยมีอาการแสดงออก ๔ อย่าง ดังนี้

๑. ไม่สามารถรับรู้ หรือตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ จากสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น เมื่อกระตุ้นด้วยความเจ็บปวดชนิดรุนแรง บุคคลตอบสนองการกระตุ้นจากภายใน เช่น ไม่แสดงถึงความต้องการอาหาร หรือออกซิเจน

๒. ไม่มีการเคลื่อนไหวหรือการหายใจ ใช้การสังเกตว่าปราศจากการเคลื่อนไหวในหนึ่งชั่วโมง โดยสังเกตจากการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การตอบสนองความเจ็บปวด การตอบสนองต่อแสงเสียงและการสัมผัส รวมทั้งการปิดเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา ๑ นาที และ ๓ นาที แล้วสังเกตว่าบุคคลนั้นหยุดหายใจหรือพยายามจะหายใจอย่างสม่ำเสมอหรือไม่

๓. ไม่มีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (No Reflexes) ตาตาอยู่หนึ่งกับที่ ไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่ตอบโต้ต่อแสงจ้า ไม่มีการเคลื่อนไหวทางสายตา ไม่มีการกะพริบตา ไม่การกลืน การเปล่งเสียง ไม่มีปฏิกิริยาเมื่อเข้าใกล้สิ่งที่อันตราย

๔. คลื่นไฟฟ้าสมองเป็นเส้นตรง การบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมอง ถ้าเซลล์และเนื้อสมองตาย จะไม่มีพลังคลื่นไฟฟ้า ผลการบันทึกจึงเป็นเส้นทางซึ่งเป็นหลักฐานสำคัญยิ่งที่ใช้พิจารณาว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย

^{๑๗๖} พระมหาประยูร ธีรวิโส, “ชีวิตและความตาย” สารนิพนธ์พุทธศาสตรบัณฑิต, หน้า ๑๑๐ - ๑๑๑.

การเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ^{๑๗๗}

๑) ภาวะใกล้ตาย (active dying) เป็นกระบวนการที่เกิดจากอวัยวะสำคัญๆ ในระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือถึงขั้นล้มเหลว ผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ละคนมีสาเหตุการตายที่แตกต่างกันจึงมีอาการแสดงที่แตกต่างกันได้ กระบวนการใกล้ตายนี้อาจใช้เวลา ๑๐ ถึง ๑๔ วัน แต่ในบางรายอาจใช้เวลาเพียง ๒๔ ชั่วโมง ในทางการแพทย์มักจะถือว่าระยะใกล้ตาย คือ ๔๘ ชั่วโมง สุดท้ายซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Final hours” ซึ่งเปาหมายสำคัญของพยาบาลในการดูแลในระยะนี้ คือ การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตาย) อย่างสงบหรือที่เรียกว่าตายดี (good death) นั่นคือตายโดยปราศจากความเจ็บปวด ได้รับการดูแลเพื่อให้มีความสุขสบาย มีโอกาสบอกกล่าวญาติ/มิตร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวและเอื้อต่อการแสดงความรักและความเข้าใจระหว่างญาติ/มิตร ช่วยเหลือให้ได้ปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อหรือวัฒนธรรมของตน การจะดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยตายดีนั้น พยาบาลควรเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายดังนี้

๒) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) ผู้ใกล้เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีความต้องการอาหารและน้ำลดลง เนื่องจากระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานลดลงหรือล้มเหลว ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนลำบากร่วมด้วยจึงทำให้อยู่ในภาวะขาดน้ำ (dehydrate) ซึ่งมีผลทำให้ปริมาณของเลือดลดลงตามไปด้วย ดังนั้น หัวใจต้องเต้นเร็วขึ้นเพื่อชดเชยปริมาณเลือดในส่วนต่างๆ เมื่อร่างกายไม่สามารถชดเชยต่อไปได้ อวัยวะสำคัญๆ กำลังจะหยุดทำงานเซลล์ในร่างกายจะขาดเลือดและออกซิเจน (hypoxia) หัวใจจะเต้นช้าลงและความดันโลหิตจะลดลง เลือดที่ไหลเวียนไปที่แขนและขาจะลดลง จะทำให้แขนขาเย็นขึ้น (clammy) สีมิวนจะเปลี่ยนไป เป็นซีดหรือเขียวคล้ำหรือมีจ้ำเลือดเป็นแห่งๆ โดยเฉพาะบริเวณปลายเท้า กระบวนการเผาผลาญในร่างกายจะลดลง ส่งผลให้อุณหภูมิในร่างกายลดลง ผิวกายจะเย็น (ยกเว้นในรายที่มีการติดเชื้อ) การห่มผ้าหนาๆ ไม่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายแต่กลับจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมากขึ้นเพราะน้ำหนักของผ้าห่มที่แม้จะเพียงเล็กน้อยก็ตาม

๓) ระบบหายใจ (respiratory system) เมื่อหัวใจทำงานลดลงจะทำให้การฟอกเลือดที่ปอดลดลงตามไปด้วย จึงมีการคั่งของเลือดและน้ำเหลืองที่ปอด ฟังเสียงปอดผิดปกติ เหมือนมีน้ำคั่ง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) อาการนี้จะพบได้ในผู้ป่วยใกล้ตายบ่อยถึง ๕๐-๗๐% ^{๑๗๘}

^{๑๗๗} ทศนีย์ ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๑๐๔ - ๑๑๑.

^{๑๗๘} Pitorak, 2003: 45, American Journal of Nursing, อ้างใน ทศนีย์ ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๑๐๖.

ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามมากในการหายใจ (air hunger) มีอาการกระวนกระวาย แพทย์อาจช่วยด้วยการให้ยากลุ่มยาเสพติด (opioid) ในขนาดต่ำๆ เพื่อช่วยให้หลอดเลือดดำที่ปอดขยายตัวดีขึ้น ลดการคั่งของน้ำที่ปอดลง (lung congestion) เพราะการให้ออกซิเจนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากพบว่ามีอาการไอแห้งๆ เสมหะเหนียวข้น ควรให้ออกซิเจนที่มีละอองไอน้ำความชื้นช่วย ผู้ดูแลควรเปิดประตูหน้าต่าง ควรเปิดพัดลมเบาๆ เพื่อช่วยให้การหมุนเวียนของอากาศดีขึ้น สายลมที่พัดสัมผัสใบหน้าเบาๆ จะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาท (trigeminal nerve) บริเวณแก้มและรอบๆ จมูก เพื่อไปลดความรู้สึกหายใจลำบากให้น้อยลง ญาติหรือมิตรสหายไม่ควรยืนมองดู แต่ควรอยู่ในระยะห่างพอสมควรเพื่อช่วยให้อากาศบริเวณรอบเตียงถ่ายเทได้ดี การช่วยพุดนาเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการหายใจเข้าออกลึกๆ หรือการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานัสสติก็ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายได้ระดับหนึ่ง

๔) การหายใจเร็วและหายใจลำบากควรให้ยากลุ่มยาเสพติด เช่น มอร์ฟีน โดยควบคุมอัตราการหายใจให้อยู่ระหว่าง ๑๐-๑๕ ครั้ง/นาที จะทำให้อาการกระวนกระวายของผู้ป่วยเนื่องจากหายใจไม่ออกลงได้ ควรช่วยให้อาการหายใจลำบากลดลงก่อนให้ยากลุ่มระงับประสาท (sedation) โดยปรกติแล้วการมีคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นในเลือดจะช่วยกระตุ้นการหายใจแต่ในผู้ป่วยใกล้ตายกลไกนี้ใช้ไม่ได้ผล การหายใจจะตื่น/สั้นและมีหยุดหายใจ (apnea) ได้ ๑๐-๓๐ วินาทีในทุกๆ ๒ นาทีเป็นระยะๆ ซึ่งเรียกว่าการหายใจแบบ Cheyne-Stokes Respiration ซึ่งพยาบาลควรอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

๕) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system) เมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำลดลง ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับสภาวะโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อน ย่อมมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าลงรวมทั้งกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืน แม้แต่น้ำก็กลืนลำบาก ในเกือบทุกสังคมที่ยอมรับว่า การให้อาหารและน้ำดื่ม เป็นข้อบ่งชี้ถึงการดูแลกันด้วยความรักและห่วงใย การให้น้ำและสารอาหารอย่างเหมาะสมเป็นผลดีต่อการทำงานของผิวหนังและเยื่อบุมีความชุ่มชื้น ลำไส้ทำงานได้ดี ส่งเสริมการหายใจของแผลทำให้ไตทำงานได้ดี มีพลังงานเพียงพอที่จะสื่อสารได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการอาหารลดลง (loss of appetite) ผู้ดูแลไม่ควรฝืนความต้องการของร่างกายผู้ป่วย ค่อยดูแลให้อาหารเท่าที่ผู้ป่วยต้องการ บางครั้งอาจไม่เป็นไปตามมืออาการแบบปรกติ

การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluids) ในผู้ป่วยใกล้ตายบางรายจะเป็นการกระตุ้นร่างกายในการขจัดของเสียออกมากกว่าจะเป็นผลดี เพราะสารน้ำจะออกจากเซลล์ไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ (third-spacing) และทำให้มีอาการบวม คลื่นไส้ และมีอาการปวดมากขึ้น ญาติควรได้รับรู้ว่าการไม่ให้อาหารและน้ำในระยะนี้จะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น เพราะร่างกายจะสลายพลังงานจากไขมันมาใช้ทำให้มีระดับ ketonemia สูงขึ้น และผู้ป่วยในระยะใกล้ตายจะรู้สึกหิว แต่การให้สารอาหารพวกแป้ง (carbohydrate) จะไปยับยั้งการสร้างสาร ketone และทำให้หิวมากขึ้น การ

ดูแลที่ดีที่สุดคือการรักษานามัยในช่องปาก ดูแลให้เยื่อช่องปากชุ่มชื้นอยู่เสมอ แพทย์/พยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วยควรอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงผลดี และข้อจำกัดในการให้สารอาหารแก่ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การให้สารน้ำและอาหารด้วยสายยาง อาจจำเป็นในบางรายเท่านั้น เพราะอาการขาดน้ำ อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน (delirium) และไต่ทำงานล้มเหลวได้ ในผู้ป่วยไตวายที่ได้ยาในกลุ่ม opioid จะทำให้มีอาการซึมเศร้าและทำให้ผู้ป่วยสับสน อาจมีกล้ามเนื้อเกร็งกระตุกและชักได้จึงควรปรึกษาแพทย์เพื่อปรับลดระดับยา และให้น้ำอย่างเพียงพอ

เมื่อเวลาใกล้ตาย กล้ามเนื้อบริเวณโคนลิ้น เพดานและลิ้นไก่จะอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถขจัดเสมหะและน้ำลายได้อย่างปกติ ทำให้มีการสะสมของเสมหะและสารคัดหลั่งในหลอดคอและหลอดลม (oropharynx and bronchi) ได้ง่าย ทำให้ลมที่ผ่านเข้าออกเกิดเป็นเสียงคราง (death rattle) คล้ายผู้ป่วยกำลังเจ็บปวด ทำให้ญาติและผู้ดูแลกังวลใจ จึงคอยดูดเสมหะให้บ่อยๆ ซึ่งไม่ช่วยให้เสียงนั้นหายไปแต่จะเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากการดูดเสมหะ ในการดูแลควรจัดท่านอนแบบตะแคงข้างไขว่เพียงให้ศีรษะสูงขึ้น จะช่วยทำให้เสียงครางนี้หายไปได้ หากมีเสมหะมาก ควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาที่ช่วยยับยั้งการหลั่งของเสมหะเช่น atropine หรือยาอื่นๆ ในกลุ่ม anticholinergic and antispasmodic agents

๖) ระบบการทำงานของไต (renal system) จากการที่หัวใจทำงานลดลง ก็จะส่งผลให้ไตทำงานลดลง และมีผลต่อการกรองของเสียละมีปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง ผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะจะหย่อนตัว (relax) ทำให้ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ไม่จำเป็นจะต้องใส่สายสวน สำหรับผู้ป่วยชายอาจใช้ถุงพลาสติกกรองรับน้ำปัสสาวะไว้เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยสตรีควรใช้ผ้าอ้อมที่ซับน้ำรองไว้ เพื่อกันการเปียกชื้นก็เพียงพอ

อาการอื่นๆ ที่ผู้ดูแลควรให้ความสนใจเป็นพิเศษคือ อาการปวด ควรมีการประเมินความเจ็บปวดเป็นระยะๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะใกล้เสียชีวิตแล้วก็ตาม ระดับยาแก้ปวดควรปรับให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ผลจากการวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ ๒๔ ชั่วโมง สุดท้ายของชีวิตยังต้องการยาแก้ปวดอยู่ แต่มักต้องการในระดับต่ำ^{๑๗๙} ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบสนองหรือสื่อสารได้แล้ว อาการกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายอาจมาจากอาการปวดได้ จึงควรให้ยาแก้ปวดในระดับที่เคยให้ต่อไป เพราะการหยุดยาอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ในผู้ป่วยที่เคยได้รับยาแก้ปวดทางปาก หากไม่สามารถกลืนยาได้ควรพิจารณาให้ยาที่ดูดซึมได้ลิ้น ทางทวารหนักหรือทางหลอดเลือดดำแทน ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาอย่างเหมาะสม พร้อมกันนี้ควรให้ข้อมูลแก่ญาติ/มิตรของผู้ป่วยเรื่องเสียงครางต่างๆ ว่าไม่ได้เกิดจากการเจ็บปวดเพราะได้ให้ยาแก้ปวดอย่างระมัดระวังอยู่แล้ว

^{๑๗๙} Pitorak, 2003: 45, American Journal of Nursing, อ้างใน ทศนีย์ ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๑๐๙.

๓) ระบบประสาท (neurologic system) เมื่อระบบหัวใจ/หลอดเลือดและปอดทำงานลดลง ย่อมมีผลทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองลดลงและมีของเสียคั่งในสมอง จึงทำให้มีอาการแสดงทางระบบประสาทและการรับรู้เปลี่ยนแปลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น มีปริมาณเลือดในสมองลดลง (hypoxemia) การเผาผลาญอาหารลดลง (metabolic imbalance) ภาวะเป็นกรดในร่างกาย (acidosis) มีของเสียในเลือดเพิ่มขึ้นจากภาวะที่ตับและไตล้มเหลว หรือเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมด้วยเป็นต้น

อาการสับสนหรือกระวนกระวายใกล้ตาย (terminal delirium) นี้จะแสดงออกเป็นอาการสับสน (confusion) วิตกกังวล (anxiety) กระวนกระวาย (agitation) หรือ (restlessness) มักพบได้เสมอในคนใกล้ตาย ถึง ๒๘-๘๓%^{๑๘๐} อาการสับสน คือ อาการที่ผู้ป่วยแสดงไม่เป็นเหตุผลหรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ปัจจุบัน อาการนี้อาจมาจากฤทธิ์ของยาบางตัวได้ ส่วนอาการวิตกกังวลอาจเกิดจากความตายที่ใกล้เข้ามา อาจรู้สึกตื่นกลัวจนมีอาการแสดงทางกายร่วมด้วยเช่น หายใจตื้นๆ คลื่นไส้หรือท้องเสีย ผู้ป่วยอาจใช้มือไขว่คว้าสิ่งที่อยู่รอบตัว อยากลุกนั่งหรือปีนลงจากเตียง อาการเหล่านี้อาจทำให้พยาบาลคิดว่าเกิดจากอาการเจ็บปวดได้ จึงควรค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เพราะอาการสับสนใกล้ตายนี้อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาระงับประสาท ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ การทำงานของตับล้มเหลว ท้องผูก หรือภาวะที่สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ (hypoxia) เป็นต้น หรืออาจจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุทางด้านจิตใจและอารมณ์อื่นๆ เช่นมีอะไรค้างคาใจ อยากบอกลา/ขออโหสิกรรมกับบางคน หรืออยากปฏิบัติพิธีกรรมบางอย่างตามความเชื่อ ซึ่งทีมผู้ให้การดูแลและญาติควรได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริง เมื่อค้นหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ แล้วอาการยังไม่สงบลง การใช้ยาช่วยจึงเป็นทางเลือกสุดท้ายซึ่งแพทย์อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม haloperidol (Haldol)

มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่จะเจ็บลง สนใจสิ่งแวดล้อมลดลง มักนอนหลับตาเงิบๆ ไม่อยากพูดคุยดังแต่ก่อน เหมือนจะเก็บสำรองพลังงานสำหรับการเดินทางไปสู่อีกมิติหนึ่งที่ใกล้เข้ามา ศัพท์ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “transitional withdrawal” เป็นอาการสงบเงิบในระยะเปลี่ยนผ่านที่ใกล้เข้ามา ญาติใกล้ชิดบางคนอาจรู้สึกน้อยใจได้ว่าตนเองนั้นไม่สำคัญสำหรับผู้ป่วยแล้ว

โดยสรุปแล้วเมื่อใกล้จะสิ้นลมหายใจ ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ปลุกตื่นบ้างเป็นบางครั้งคราวไม่ควรปลุกผู้ป่วยบ่อยเกินไป หายใจมีเสียงคราง มีการเขียวตามปลายมือและเท้า คลำชีพจรที่ข้อมือไม่ได้

ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจะทำให้ญาติและผู้ดูแล สามารถดูแลคนใกล้ตายได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น ซึ่งจะมีผลดีกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

^{๑๘๐} ทศนีย์ ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๑๑๐.

เพราะทำให้สามารถลดการรักษาที่นอกจากจะไม่จำเป็นแล้วยังทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้น และไม่เป็นประโยชน์ใดๆ แก่ใครทั้งสิ้น โดยเฉพาะแก่คนใกล้ตาย

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยใจจะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนป่วยหนักใกล้ตายด้วยแล้วก็ยิ่งต้องการ การดูแลแบบประคับประคองอย่างมาก การศึกษาพบว่า สิ่งที่คนใกล้ตายกลัวมากที่สุดคือ กลัวการ ถูกทอดทิ้ง กลัวการอยู่โดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้างๆ เขา เมื่อเขาต้องการ ยิ่งถ้าเป็นคนที่เขารัก คนในครอบครัวหรือพี่น้องจะดีมาก ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยได้ พุดคุย รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกออกมา รวมทั้งประคับประคองให้กำลังใจ และเข้าใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะบางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงออกถึงพฤติกรรมและ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ก็ให้เราเข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดจากภาวะความเครียดหรือภาวะ วิกฤติ แต่ในบางรายอาจเป็นมากจนกระทั่งเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและมีความสำคัญ คือโรค ซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยอาจคิดหรือฆ่าตัวตายได้ ในกรณีเช่นนี้ควรส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อบำบัดรักษา

คูเบลอร์-รอสส์^{๑๘๑} Kubler-Ross ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่เผชิญกับ ข่าวร้ายหรือการสูญเสียไว้ ๕ ระยะ ซึ่งได้แก่

๑. ปฏิเสธ (Denial) ขั้นนี้เป็นปฏิกิริยาเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความ เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย การตอบสนองทันทีที่ได้ทราบการวินิจฉัย คือ ผู้ป่วยจะปฏิเสธผลการวินิจฉัย นั้น โดยเชื่อว่าอาจเป็นความผิดพลาดของการทดสอบการวัด หรือการแปลผลความรู้สึกนี้อาจนานถึง ๒ หรือ ๓ วัน ลักษณะของการปฏิเสธ เช่น นี้ต้องไม่เกิดกับฉัน มันต้องเกิดกับคนอื่นการปฏิเสธเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญหรือยอมรับความเป็นจริงได้ ไม่ยอมรับว่าตนเองจะต้องตาย การ ปฏิเสธจึงอาจช่วยให้เขารู้สึกว่ายังมีความหวัง เป็นกลไกทางจิตที่ช่วยในการปรับตัว และอาจคิดว่า ตนเองสามารถควบคุมโรคที่เกิดขึ้นได้จนเกินความเป็นจริง แต่เมื่อต้องเผชิญกับความจริง ผู้ป่วยจะ รู้สึกว่าไม่สามารถทนทานได้ หวาดกลัวหรืออาจแสดงออกทางกายโดยไร้พยาธิสภาพทางกาย (hysterical)

๒. โกรธ (Anger) การปฏิเสธจะหายไปเมื่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริงทำให้เขาต้อง ยอมรับ การตัดสินใจมุ่งไปที่การรักษาในอนาคต ถ้ามี ว่าเขาจะรักษากับใคร ที่ไหน อย่างไร ในขั้นนี้ ผู้ป่วยจะถามว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” เขาจะรู้สึกว่าคนที่แหย่ว่าเขาทำไมจึงไม่เป็นโรคนี้นี้ ผู้ป่วยที่มี

^{๑๘๑} Kubler-Ross, Questions & answers on death and dying: A companion volume to on death and dying, อังโน ทศนิย ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พิมพ์ ครั้งที่ ๒, สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (กรุงเทพมหานคร ๒๕๕๒), หน้า ๖๐-๗๗.

อารมณ์โกรธจะแสดงอาการพุ่งเคืองใจต่อทุกๆ คน ที่มีสุขภาพดี เช่น เจ้าที่ในโรงพยาบาล สมาชิกของครอบครัว หรือแม้แต่กับเพื่อนฝูง

๓. การต่อรอง (Bargaining) เมื่อผ่านพ้นอารมณ์โกรธแล้ว ผู้ป่วยจะแสดงออกในลักษณะของการต่อรอง เช่น จะเลิกพฤติกรรมบางอย่างถ้าตนเองหายดี หรือเริ่มสวดอ้อนวอน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขอให้ตนเองหายดี แล้วจะตอบสนองด้วยการกระทำบางอย่างหรือจะบูชาด้วยสิ่งของ

๔. ซึมเศร้า (Depression) เมื่อทุกอย่างยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว้าวุ่นที่เกิดขึ้นอยู่นอกเหนือการควบคุม ไม่สามารถทำอะไรให้การเจ็บป่วยดีขึ้น รู้สึกหมดหวังอาจมีอาการคลื่นไส้ หายใจติดขัด และเหน็ดเหนื่อย กินอาหารไม่ลง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ขาดความสนใจในเรื่องต่างๆ และไม่สามารถที่จะหลบหนีความเจ็บปวดหรือไม่สบายได้ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้าเมื่อนึกถึงความตาย

๕. การยอมรับ (Acceptance) ถึงขั้นนี้ผู้ป่วยอ่อนแอเกินไปที่จะแสดงอารมณ์โกรธเริ่มยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น เตรียมใจต่อการสิ้นสุดของชีวิต อาจมีการสั่งเสียบุตรหรือคู่ชีวิต ญาติ เป็นครั้งสุดท้าย

เป็นที่น่าสังเกต^{๑๘๒} ว่าปฏิกริยาด้านอารมณ์ของผู้ป่วยคนไทยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการแสดงออกด้านอารมณ์ไม่แตกต่างจากคนไข้ที่อยู่ในวัฒนธรรมตะวันตกตามที่ Dr.Elisabeth Kubler-Ross ซึ่งเป็นอายุรแพทย์และจิตแพทย์ชาวอเมริกันได้กล่าวไว้ในเบื้องต้น

ดร.ทัศนีย์ ทองประทีป กล่าวว่า^{๑๘๓} เมื่อมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการเฉพาะ ทำให้ตระหนักว่าตนเองได้เจริญเติบโตในวิชาชีพไปอีกขั้นหนึ่ง เข้าใจธรรมชาติชีวิตมากขึ้น รู้ว่าชีวิตของแต่ละคนนั้นมีความหมายมากเพียงใด และรับรู้ว่าการปล่อยความยึดถือในความเป็นตัวตนนั้นไม่ใช่สิ่งที่จะทำกันได้ง่ายๆ หากผู้นั้นยังไม่เผชิญกับระยะใกล้ตายด้วยตนเอง ย่อมไม่ถ่องแท้กับความรู้นั้นว่ายิ่งใหญ่และทำได้ยากยิ่งเพียงใด การเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิตในระยะสุดท้ายจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยนั้นจึงมีคุณค่าอย่างยิ่ง การใช้ถ้อยคำภาษา อาจสื่อสารได้ไม่เท่ากับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วย

ด้วยเหตุนี้ ความตายในทัศนะทางการแพทย์ ทำให้มองเห็นมีหลักวิธีการวินิจฉัยถึงการตายแบ่งออกเป็น ๒ ยุค ในยุคแรกการวินิจฉัยการตายที่ผ่านมา มีหลักเกณฑ์ที่อาการหัวใจหยุดเต้น และการหยุดของลมหายใจ ถือว่าถึงแก่ความตาย แต่ในยุคปัจจุบัน เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้นทำให้สามารถกำหนดระดับประคองระบบการไหลเวียนของเลือดและ

^{๑๘๒} ทัศนีย์ ทองประทีป, พยาบาลเพื่อนร่วมทุกข์ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๕๘.

^{๑๘๓} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๖๐.

ระบบการหายใจในผู้ป่วยซึ่งสมองตายได้ชั่วคราว จึงมีแนวทางการวินิจฉัยการตายถือหลักเกณฑ์ที่สมองตาย กล่าวคือ เมื่อบุคคลใดผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากคณะแพทย์ว่าบุคคลคนนี้มีสมองตายแล้ว ก็ถือว่าบุคคลนั้นถึงแก่ความตาย

๒.๓ แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าของชีวิตและการเผชิญความตายอย่างสงบ

แนวคิดการเผชิญความตายในด้านการแพทย์นั้น จะเน้นในด้านร่างกายเป็นส่วนสำคัญ ดังจะเห็นได้ว่า หากเมื่อร่างกายของคนเรามีความผิดปกติไม่ว่าจะเล็กน้อยเพียงใดก็ตามก็จะมีการส่งสัญญาณเตือนให้เราได้รับรู้ ดังเช่น ถ้าร่างกายของเรามีปฏิกิริยาตอบกลับมาในรูปแบบของอาการที่ปรากฏให้เห็นว่า มีอาการผดผื่น คัน ผิวน้ำลอกเป็นขุย เหล่านี้ ก็แสดงให้เห็นว่าอาหารที่เรารับประทานอยู่นั้นไม่เหมาะสม สัญญาณที่มาเตือนให้ได้รับรู้ว่าได้รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง^{๑๘๔}

ดังข้อมูล จากการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันพบว่า เหตุที่ทำให้มนุษย์มีอายุ ยืนยาว ต้องประกอบด้วยปัจจัย ๔ ด้าน^{๑๘๕} คือ

๑. พันธุกรรม กล่าวคือ คนที่เกิดจากครอบครัวที่มีอายุยืน ก็มักจะมีอายุยืนตามพันธุกรรม

๒. สิ่งแวดล้อม กล่าวคือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวเรา ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม อายุก็จะยืนยาวกว่าผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

๓. โภชนาการ คือ ผู้ที่รับโภชนาการที่ดี กินอาหารที่มีประโยชน์เน้นคุณค่าของอาหาร อายุจะยืนยาวกว่าผู้ที่กินอาหารที่ไม่ถูกต้อง

๔. การออกกำลังกาย ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์มาก ด้วยว่ามนุษย์จะต้องออกกำลังกายอยู่เสมอ ร่างกายจึงจะสมบูรณ์แข็งแรง เพราะว่าการออกกำลังกายจะทำให้มีการไหลเวียนของโลหิตที่ดี ระบบขับถ่ายที่ดี แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การออกกำลังกาย ก็ต้องให้พอเหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพราะธรรมชาติสร้างร่างกายให้มีความเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา

เฌก ธนะสิริ^{๑๘๖} กล่าวไว้ในหนังสือ “อายุ ๑๒๐ ปี ทำไม่จะทำให้ไม่ได้” ว่า โดยสรุปหลักการปฏิบัติตนให้มีอายุยืนยาวอย่างมีพฤติกรรมถึง ๑๒๐ ปี จำเป็นต้องปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

^{๑๘๔} ฤชดา ศิรามพุช, ๑๒๐ วิธี อายุยืน ๑๒๐ ปี เล่ม ๒, หน้า ๖๖.

^{๑๘๕} บรรลุ ศิริพานิช, ทำอย่างไรอายุจึงยืนยาวอย่างมีความสุขในคนไทยอายุยืน, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๒๕), หน้า ๒๒ - ๒๓.

^{๑๘๖} เฌก ธนะสิริ, อายุ ๑๒๐ ปี ทำไม่ทำให้ไม่ได้, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เฮลท์ริ-เลชั่นส์ จำกัด, ๒๕๕๒), หน้า ๙๐.

๑. ต้องออกกำลังกายสม่ำเสมอ หนักเบาตามอายุ แต่การออกกำลังกายต้องให้ได้ ออกซิเจนสม่ำเสมอ คือ ใช้หลักที่ว่า อยากรมีแรงต้องออกแรง (หรือทำงานกลางแจ้งตลอดชีวิต)

๒. ต้องกินอาหารธรรมชาติ คือ พืชพรรณธัญญาหาร เช่น แป้งเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด เผือก มัน ผลไม้ทุกชนิด และผักหลากสี หลากรส ลดเนื้อสัตว์ วันหนึ่งกิน ๒ มื้อ ก็พอแล้ว งดหรือลดมื้อเย็นลง ใช้หลักที่ว่า กินน้อย - ตายยาก กินมาก - ตายเร็ว อาหารอายุสั้น (ผักสด, ผลไม้สด) ทำให้อายุยืน อาหารอายุยืน (กระป๋อง, ซอง) แสมเบคอน ไส้กรอก แหนม ทำให้อายุสั้น

๓. ต้องดื่มน้ำสะอาด น้ำเปล่าวันละ ๑๐ ถึง ๑๒ แก้ว ไม่ดื่มน้ำขณะกินอาหาร และอย่ารอให้รู้สึกกระหายแล้วจึงดื่ม ควรดื่มน้อยๆ ไปเรื่อยๆ ดีที่สุด

๔. ต้องพักผ่อนนอนให้หลับสนิทและการทำจิตใจให้สงบทำให้ภูมิคุ้มกันให้ตัวสูงมาก เชื้อโรคจะแพ้เราและจะต้องไม่สร้างปัญหาชีวิตให้แก่ตน ครอบครัว และสังคม หากเป็นไปได้ให้ฝึกสมาธิ การจะนอนหลับให้สนิทอาหารมื้อเย็นจะต้องน้อยมาก

๕. หมั่นสร้างแต่กรรมดี สร้างบุญสร้างกุศล ละเว้นความชั่วทุกชนิด โดยยึดหลัก “ไตรสิกขา” คือรักษาศีล ๕ ข้อ เจริญสมาธิหรือเจริญสติก็จะเกิดปัญญาและปัญญาไปแก้ปัญหา นอกนั้นควรรู้จักให้ทาน

จะเห็นได้ว่า ในทางการแพทย์ถือว่าการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน โดยการบริหารร่างกายอยู่เสมอเป็นประจำทุกวัน ฉะนั้นการบริหารร่างกายเพื่อทำให้ร่างกายแข็งแรงนั้น ปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ร่างกายมีสุขภาพดีนั้น

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (The end of life patients) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระยะลุกลาม ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะมีเวลาของการมีชีวิตอยู่อย่างจำกัดหรือประมาณ ๖ เดือน ซึ่งการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิตอาศัยแนวคิดและหลักการของการดูแลแบบประคับประคอง โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสุขสบายและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการ และสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข^{๑๘๗} ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา สามารถปรับตัวกับช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิตและมีการเตรียมตัวสำหรับความตายที่ดี

หัวใจหรือหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) รศ. นพ.เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี^{๑๘๘} ได้สรุปสั้นๆ ได้เป็น 4C ดังนี้

^{๑๘๗} กิตติกร นิลมานัต, การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต, (สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, ๒๕๕๕), หน้า ๓๙.

^{๑๘๘} ประสาน ต่างใจ, “การชนะความตาย คือรู้ว่าไม่ตายจริง”, หน้า ๑๖ - ๑๙.

๑. Centered at patient and family : ให้ความสำคัญกับตัวผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ความพึงพอใจ ความสบายของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด การดูแลรักษา การตรวจวินิจฉัย หัตถการใดๆ จะกระทำเมื่อเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเท่านั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด เช่น การใส่สายให้อาหาร การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมไปถึง ปฏิบัติการกู้ชีวิต

๒. Comprehensive : ครอบคลุมความต้องการทุกด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากบรรเทาอาการทุกข์ทรมานทางร่างกายแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยต่อโรค การรักษาและความตาย ควรรับฟังและหาโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก อารมณ์ ปมขัดแย้ง เจตคติส่วนตัว การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆ หรือความเชื่อความศรัทธาทางศาสนาที่สั่งสมมาตลอดอายุขัย ซึ่งอาจแตกต่างไปจากผู้ดูแลรักษา เช่น ความกลัวการได้รับเลือดของผู้อื่น การได้ปรนนิบัติบิดามารดาด้วยตนเองของบุตร หรือความต้องการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติที่บ้านโดยไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต ฟังระลึกเสมอว่า มิติและมุมมองทางการแพทย์ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของมิติทางสังคม ไม่สามารถอธิบายหรือแก้ปัญหาทั้งหมดได้ตามลำพัง มีบางครั้งเท่านั้นที่จำเป็นต้องอธิบายให้รู้ แก้อไขความเชื่อเพราะความไม่รู้ของผู้ป่วย

๓. Coordinate : เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวและสังคม งานหลายด้านต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาที่เข้ามามีส่วนร่วม ในช่วงใดช่วงหนึ่ง โดยประสานงานและเข้าใจบทบาทของกันและกันเป็นอย่างดี องค์ประกอบสำคัญไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางการแพทย์ คือ ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว และเพื่อนฝูงที่ร่วมดูแล สนับสนุน เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วยความผูกพัน รวมถึงความช่วยเหลือจากสังคมภายนอก เช่น ผู้นำศาสนา สมาคม และอาสาสมัครต่างๆ เป็นต้น

๔. Continues : มีความต่อเนื่องและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอการดูแลควรครอบคลุมอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ขณะเสียชีวิต และสำหรับครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จที่เป็นคำตอบที่ดีที่สุดเสมอสำหรับผู้ป่วยทุกคนในทุกสถานการณ์ การพิจารณาให้การช่วยเหลือ การดูแลรักษา จึงขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ ที่ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะเนื่องจากสภาพผู้ป่วยแตกต่างกัน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนั้น แพทย์แต่ละคนอาจมีวิธีการและหลักการในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไป ซึ่ง Ned Cassem^{๑๘๘} ได้เสนอหลักในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายไว้ดังนี้

^{๑๘๘} ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พิมพ์ครั้งที่ ๖, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, ๒๕๕๒), หน้า ๘๗ - ๘๘.

๑. Concern การเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง (empathy) ร่วมรับรู้ความรู้สึกทุกข์และสุขที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การเอาใจใส่ในความทุกข์สบาย และมีเมตตาต่อผู้ป่วย อยากให้ผู้ป่วยมีความสุข

๒. Competence การมีทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดอันตรายจากอาการทางกายต่างๆ

๓. Communication การมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตาย ซึ่งควรเน้นที่ทักษะในการฟัง ให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงความรู้สึก เรื่องราวต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย โดยคำถามที่แพทย์ผู้ดูแลควรถามกับตนเองนั้น แทนที่จะถามว่า “เราควรพูดกับผู้ป่วยอย่างไร” อาจเปลี่ยนมาเป็น “เราได้ให้ผู้ป่วยพูดอะไรกับเราบ้าง” นอกจากการฟังแล้ว ทักษะการพูดก็มีความสำคัญ โดยไม่จำเป็นต้องพูดเพียงเรื่องราวเกี่ยวกับความตายเท่านั้น เราสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับชีวิต ครอบครัว การงาน หรือเรื่องราวต่างๆ ไปได้ นอกจากนั้น การสื่อสารอาจออกมาในรูปแบบอื่นๆ นอกจากคำพูด เช่น การแตะตัว การช่วยจัดให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เป็นต้น

๔. Comfort การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยการหมั่นเอาใจใส่ดูแล และความรู้ในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย

๕. Children ควรเปิดโอกาสให้ลูกหลานได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุข และรู้สึกดี หลักในการพิจารณาว่าเด็กคนใดควรได้รับการเข้าเยี่ยม นั้น ไม่มีหลักเกณฑ์ตายตัว เพียงแต่ถามเด็กว่าเขาอยากเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหรือไม่

๖. Cohesion ครอบครัวควรมีโอกาสได้อยู่ร่วมกัน ใกล้ชิดกัน ร่วมรับรู้ความทุกข์ที่กำลังเกิดขึ้น นอกจากนี้ การที่สมาชิกในครอบครัวอยู่พร้อมหน้ากัน ยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่ถูกทอดทิ้ง ยิ่งไปกว่านั้น การที่ผู้ป่วยสามารถช่วยดูแลความรู้สึกในใจของสมาชิกในครอบครัว ยังช่วยลดความรู้สึกไม่ดี รู้สึกว่าตนเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวลงได้ด้วย

๗. Cheerfulness ท่าทีของผู้ดูแลและญาติมิตรที่แจ่มใส มีอารมณ์ขันที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตนเองและคนรอบข้าง รวมทั้งช่วยให้สถานการณ์ที่น่าตึงเครียดได้ผ่อนคลายลงด้วย

๘. Consistency ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายนั้น มีความกลัวต่อการถูกทอดทิ้งเป็นอย่างมาก ดังนั้นการมาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถช่วยลดความหวาดกลัวตรงนี้ได้ ซึ่งการไปเยี่ยมผู้ป่วย แม้ว่าเพียงเวลาเล็กน้อย แต่หากทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดี มีความสุข รับฟังสิ่งที่อยู่ภายในของผู้ป่วย ย่อมมีความสำคัญ และก่อเกิดประโยชน์กว่าการไปเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือรับรู้ความรู้สึกภายในของผู้ป่วยได้

๙. Equanimity (capacity to be comfortable with a dying person) เป็นความรู้สึกสงบนิ่งของผู้ดูแลและญาติมิตร ในขณะที่เผชิญอยู่กับผู้ป่วย สามารถให้อภัยต่ออารมณ์โกรธหรือหงุดหงิดของผู้ป่วยได้ ซึ่งสิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสงบภายในจิตใจตามมาด้วย

การแพทย์ปัจจุบันและพยาบาลจำนวนมากขึ้นที่ให้ความสำคัญกับจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลายคนแม้จะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตต่อไปได้ แต่ครอบครัวและญาติมิตรของผู้ตายก็ซาบซึ้งที่แพทย์และพยาบาลช่วยให้คนรักของเขาจากไปอย่างสงบ ความสำเร็จของแพทย์และพยาบาลเหล่านั้นอยู่ตรงที่ไม่พยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุด แต่พยายามประคับประคองให้เขาบรรลุมะเร็งสุดท้ายของชีวิตอย่างเจ็บปวดน้อยที่สุดและมีจิตเป็นกุศลหรือสงบมากที่สุด^{๑๙๐}

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดไว้หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิตและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ ด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ การประเมินอย่างแม่นยำ และการรักษาความปวดและปัญหาอื่นๆ ให้ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ^{๑๙๑}

คำว่า “สุขภาวะ” นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ได้อธิบายว่า คำว่า “สุขภาวะ” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Well-being ซึ่งโดยรากศัพท์เป็นคำเดียวกับคำว่า สุขภาพ ซึ่งมีความหมายว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อเสริมสร้างให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี^{๑๙๒}

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต) ท่านได้อธิบายถึง คำว่า “สุขภาวะ” หรือ “สุขภาพ” ว่าเป็นคำเดียวกันในภาษาบาลี แต่ในภาษาไทยแผลง “ว” เป็น “พ” เป็นคำว่า “สุขภาพ”^{๑๙๓} ซึ่งท่านได้สรุปแง่มุมของสุขภาวะองค์รวมของชีวิตไว้แบ่งออกเป็น ๔ ด้าน คือ

๑. สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยเพียงพอ ไม่มีอุปสรรคอันตราย มีสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมสุขภาพ

๒. สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบไต่ที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาวะทางจิตใจที่สมบูรณ์ไม่ได้

^{๑๙๐} ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัยและคณะ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หน้า ๒๕๕.

^{๑๙๑} เรื่องเดียวกัน, หน้า ๑๕.

^{๑๙๒} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, พิมพ์ครั้งที่ ๑๐, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, ๒๕๔๙), หน้า บทนำ.

^{๑๙๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ, หน้า ๓.

๓. สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาธิปไตย มีระบบบริการที่ดี

๔. สุขภาวะที่สมบูรณ์ด้านทางปัญญา หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อกระทำความดี หรือ สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือ การเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น^{๑๙๔}

พระมหาวิมลชัย วชิรเมธี^{๑๙๕} ได้กล่าวถึง การมีสุขภาวะแบบองค์รวมที่รู้จักพอไม่เห็นแก่ตัวไว้ว่า คือ คนที่รู้จักพอต่อการแสวงหา การสะสม การหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องวัตถุ ก็จะมีเวลามาก และเวลาที่มียุ่่นนั้นก็จะถูกใช้ไปในกิจกรรมที่ปราศจากความเครียด ความวิตกกังวล ความวุ่นวาย เมื่อสมอง จิตใจไม่ถูกบีบรัดด้วยเวลาและปราศจากความกังวลนานัปการ ก็ส่งผลต่อสุขภาพ คือ ร่างกายไม่ทรุดโทรมเร็ว อวัยวะทุกส่วนถูกใช้งานอย่างเหมาะสม และพลังงานในร่างกายก็ถูกเผาผลาญเท่าที่จำเป็น ระบบการหายใจก็ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลและความเสี่ยงสูงเหมือนคนที่แบกความเครียดอยู่ทุกทิวาราตรี โดยนัยนี้ คนที่รู้จักพอจึงมีสุขภาพจิตดี สุขภาพร่างกายแข็งแรง และเมื่อใจดี กายแข็งแรง ก็ส่งผลให้แก่ชราและมีอายุยืน พระพุทธเจ้า ซึ่งเป็นบุคคลผู้รู้จักพออย่างยอดเยี่ยมทรงประทับในพระคันธกุฎีหลังเล็ก ๆ และครองสมบัติเพียงไตรจีวรและบาตรหนึ่งใบ ทรงมีพระชนมายุยืนถึง ๘๐ พรรษา พุทธศาสนิกชน ทำงานในแต่ละวันเกินสิบชั่วโมง แต่ก็มียุ่่นถึง ๘๖ ปี ในสมัยพุทธกาล พระมหากัสสปะ พระอานนท์ นางวิสาขา เป็นต้น เคยมียุ่่นถึง ๑๒๐ ปี แม้แต่ปุ่ยน ชายแก่แห่งลำน้ำเพชร ซึ่งเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของบุคคลผู้รู้จักพอที่คนไทยรู้จักกันอย่างกว้างก็มีอายุยืนกว่า ๑๐๗ ปี (ใน พ.ศ. ๒๕๕๐) มีความทรงจำและปฏิภาณดีเยี่ยมหน้าใส ใจยังผ่อง ผิดกับวันเวลาที่ผ่านมามีชีวิตอย่างไม่น่าเชื่อ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี^{๑๙๖} ได้กล่าวถึงสุขภาวะแบบองค์รวมไว้ว่า “สุขภาพ คือ อะไร” คำตอบ ก็คือ “ดุลยภาพ” เมื่อร่างกายมีความสมดุลแล้ว ร่างกายก็就会有ความปกติมีความยั่งยืน หากเจ็บป่วยไม่สบาย ก็คือ การเสียดุลยภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงต้องมาพิจารณาว่าดุลยภาพเกิดจากปัจจัยอะไรบ้าง

^{๑๙๔} บัญชา พงษ์พานิช, “สร้างสุขแบบพุทธทาสที่สวนโมกข์”, พุทธศาสนา. ปีที่ ๗๗ เล่ม ๒ (พฤษภาคม มิถุนายน กรกฎาคม ๒๕๕๒), หน้า ๗๕.

^{๑๙๕} พระไพศาล วิสาโล, วายทวนน้ำ, พิมพ์ครั้งที่ ๓. (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มติชน, ๒๕๕๒), หน้า ๑๐๐-๑๐๑.

^{๑๙๖} ประเวศ วะสี, “จุดเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพไทย” อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นงลักษณ์ ตรงศิลป์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ. บรรณาธิการ, มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลบอลคิมทอง, ๒๕๕๐), หน้า ๑๒-๑๕.

ดูสภาพเกิดจากความเชื่อมโยงของประกอบทั้งหมด สมดุลของสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อกาย จิต ปัญญาและสังคมมีความสัมพันธ์ต่อกัน

โดยแต่ละองค์ประกอบมีส่วนย่อยๆ มาเกี่ยวข้องเชื่อมโยง ดังนี้

๑. กาย มีองค์ประกอบ เช่น DNA เซลล์ อวัยวะ การออกกำลังกาย ภูมิคุ้มกัน อาหาร แต่ การแพทย์แผนปัจจุบันนี้ แม้แต่เรื่องทางกาย ก็ยังดูไม่ครบ สนใจเฉพาะเรื่องที่เป็นรูป ส่วนที่เป็น การทำหน้าที่ (function) ของร่างกายจะให้ความสนใจน้อย บางครั้งแม้จะเกิดความผิดปกติทางกาย หากแต่คนผู้นั้น ยังสามารถทำงานและทำหน้าที่ได้ดี ก็น่าจะถือว่ายังมีสุขภาพดี เป็นจุดที่แสดงให้เห็น ถึงความแตกต่างระหว่างโรคกับสุขภาพ คนเป็นโรค มีรอยโรค หรือคิดว่าเป็นโรค ไม่จำเป็นต้องเป็นคนที่มีสุขภาพไม่ดี หรือคนที่ไม่เจอรอยโรค ก็ไม่ได้แปลว่า มีสุขภาพดี เพราะต้องดูที่การทำหน้าที่ของ ร่างกายด้วย

๒. จิต มีองค์ประกอบ เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา ความเมตตา กรุณา สติ สมาธิ สุนทรียศาสตร์ อารมณ์ขัน

๓. สังคม มีองค์ประกอบ เช่น งาน ครอบครัว ชุมชน ถ้าเป็นชุมชน ที่เข้มแข็งก็จะมี ความใกล้ชิด ความเอื้ออาทร เปิดเผย เชื่อถือได้ มีการเรียนรู้ร่วมกัน

๔. ปัญญา มีองค์ประกอบ เช่น การเรียนรู้ การรู้เท่าทัน วิธีคิด โลกทัศน์ เช่น เรื่องวิธีคิด ต่อการเผชิญความตายในประเทศสหรัฐอเมริกาทุกวันนี้ ค่าใช้จ่ายในช่วง ๖ เดือนสุดท้ายของชีวิตคิด เป็น ๗๕% ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด คำถาม คือ คื้มค่าหรือไม่ จะดีกว่าไหมหากนำ ค่าใช้จ่ายจำนวนนี้ไปใช้กับเด็กซึ่งมีโอกาสใช้ชีวิตอยู่ได้อีกนาน

อุปาทาน ความเชื่อหรือการยึดถือว่าตนเองเจ็บป่วยและไม่สามารถข้ามพ้นไปได้ ทั้งที่ ความเป็นจริงอาจมิได้เจ็บป่วย จิตวิญญาณ เกี่ยวข้องกับปัญญามาก

ความเครียด เป็นเรื่องใหญ่ในโลกทุกวันนี้ มีความเกี่ยวข้องกับโรคหลายชนิด เช่น เป็น สาเหตุของมะเร็ง ภูมิคุ้มกันลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อ อาการหอบหืดกำเริบ ฯลฯ หากลองพิจารณา ดูจะพบว่าความเครียด เกิดจากความขัดแย้งระหว่างระบบชีววิทยากับสังคม กล่าวคือ สังคม เปลี่ยนแปลงไป มีความรวดเร็วฉับไว ชนิดของปัญหาเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ระบบชีววิทยาของคนเรา ยังตอบโต้กับปัญหาเหมือนเดิมเมื่อ ๑ แสนปีก่อน สมัยก่อนเป็นปัญหาที่ใช้กำลังกายเข้าแก้ไขได้ แต่ ปัจจุบันไม่สามารถทำได้ ดังนั้นเมื่อเราเจอปัญหา ขณะร่างกายยังมีปฏิกิริยาโต้ตอบเหมือนเดิม และ ไม่ได้รับการปลดปล่อย จึงส่งผลต่อระบบร่างกายภายในตามมา ก่อให้เกิดโรคต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าเป็นโรคอะไร ถือเป็นประเด็นสำคัญ หากการแพทย์แผนปัจจุบันยังคงสนใจแต่เฉพาะโรคที่รู้ ซึ่ง เกิดขึ้นน้อยกว่าโรคที่ไม่รู้ จะทำให้ละทิ้งตัวปัญหาไป ทั้งที่บางทีอาจไม่ต้องรู้โรค แต่รู้ตัวปัญหา ก็ สามารถรักษาได้ ดังจะเห็นได้ว่า ในพระพุทธศาสนานั้นเน้นหนักที่ทุกข์ และการขจัดทุกข์ ถ้าไม่มีทุกข์

ก็มีสุข และพุทธศาสนาคงไม่ได้เน้นที่ความสุขของคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นความสุขของคนทั่วไป หรือ สาธารณชน ความสุขของสาธารณชน ก็คือ สาธารณสุข

ฉะนั้น พุทธศาสนาจึงมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่สาธารณสุข แต่เป็นสาธารณสุขที่มีความหมายกว้างกว่าการแพทย์และอนามัยอย่างที่เราเข้าใจโดยทั่วไป พุทธธรรม หรือธรรมะ หรือธรรมนั้น หมายถึงธรรมชาติ หรือกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นโลกหมุนรอบดวงอาทิตย์ก็ดี ฝนตกแดดออกก็ดี ฝนแล้งหรือน้ำท่วมก็ดี ทุกสิ่งทุกอย่างย่อมมีเกณฑ์ หรือมีเหตุผลทั้งสิ้น ดังที่พระท่านว่า “ธรรมย่อมเกิดแต่เหตุ” ตามคำนิยามข้างต้น สิ่งใดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่สอดคล้องกับ ธรรมชาติ หรือกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ สิ่งนั้นไม่ใช่ธรรม หรือไม่เป็นธรรม ไม่เป็นธรรมทั้งในการทำให้เกิดโรค ไม่เป็นธรรมทั้งในวิธีการรักษาและป้องกันโรค ธรรมชาติใช้เวลาเป็นพันล้านปีในการประดิษฐ์ชีวิตขึ้นมาในโลกนี้ จากสิ่งที่ไม่มีชีวิต (ดิน น้ำ ลม ไฟ หรือแร่ธาตุต่างๆ) และวิวัฒนาการขึ้นมาจนเป็นมนุษย์ มนุษย์เกิดขึ้นมาจากธรรมชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มนุษย์จึงอยู่ในความสมดุลกับธรรมชาติ ถ้ามนุษย์อยู่อย่างสมดุลกับธรรมชาติก็จะเป็นโรคน้อยเต็มที

หลักการของสาธารณสุขที่สำคัญก็คือ ทำอย่างไรให้คนเป็นโรคน้อยที่สุด หรือการป้องกันโรค การป้องกันโรคที่สำคัญที่สุดก็คือ การที่ให้มนุษย์มีชีวิตที่เป็นธรรม ทุกวันนี้เรามีโรคกันมากเหลือเกิน เพราะความไม่เป็นธรรม อย่างน้อยก็ ๓ ประการ

๑. ชีวิตที่เป็นธรรมนั้น เบื้องต้นจะต้องมีปัจจัย ๔ ในระดับที่เหมาะสม คือ มีอาหาร ที่อยู่ เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค

ทุกวันนี้มันไม่เป็นเช่นนั้น คนพวกหนึ่งขาดแคลนปัจจัย ๔ เป็นอย่างยิ่ง คนอีกพวกหนึ่งมีมากเกินไปในระดับที่เหมาะสม ซึ่งล้วนทำให้เกิดโรคและความยุ่งยากตามมา

๒. ชีวิตที่เป็นธรรมนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนมนุษย์แลสภาพแวดล้อมอื่นๆ (มนุษย์ธรรม) มนุษย์จะต้องมีความเมตตาปรานีต่อกัน ชีวิตจึงจะเป็นสุข มนุษยธรรมจะเป็นไปได้ในชุมชนเล็กยิ่งกว่าในเมืองใหญ่ซึ่งมีชีวิตแบบตัวใครตัวมัน แต่สังคมของเราทุกวันนี้เป็นสังคมที่ส่งเสริมเมือง และทำลายชุมชนชนบท ถ้าขายข้าวและผลิตผลทางการเกษตรกรรมอย่างอื่นได้ราคาใครจะอยากมาเป็นคนใช้ในเมือง ใครจะอยากมาเป็นกรรมกร ใครจะอยากมาเป็นโสเภณี ใครจะอยากมาอยู่สลัม ใครจะอยากจากบ้าน จากพ่อแม่ ลูก เมีย มาเผชิญทุกข์กันอย่างนี้เหมือนบ้านแตกสาแหรกขาด ยิ่งกว่าโดนโจรปล้น

ในชีวิตที่เป็นธรรม มนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น พืช สัตว์ ดิน น้ำ แร่ธาตุต่างๆ นี่เป็นหลักของพุทธศาสนาทีเดียว มนุษย์จะต้องมีเมตตา แม้ต่อสิ่งที่ไม่มีชีวิต

ทุกวันนี้เพราะความโลภในลัทธิเสพสุข มนุษย์ได้ทำลายต้นน้ำ ลำธาร ทำลายป่า ทำลายสัตว์ ขุดเขาทรัพยากรธรรมชาติมาใช้อย่างไม่บันยะบันยัง ก่อให้เกิดความหายนะต่างๆ เช่น ฝนแล้ง น้ำท่วม ดินขาดปุ๋ย อากาศเป็นพิษ น้ำเป็นพิษ ดินเป็นพิษ พอน้ำมันขึ้นราคาทีหนึ่งก็เดือดร้อนกันไปทุกหย่อมหญ้า ความเครียด ความทุรนทุราย ความเดือดร้อนด้วยประการต่างๆ ทำให้สังคมป่วยทั้งสังคม นี่ไม่ใช่พุทธสังคมเป็นแน่แท้

๓.ชีวิตที่เป็นธรรมนั้นจะต้องมีการใช้ร่างกาย เพราะเหตุในข้อ ๒ มนุษย์บางจำพวกไม่ใช้ร่างกาย พวกนี้หลงเชื่อว่าการใช้ร่างกายเป็นของดี เป็นของสูง เป็นผู้ดี เป็นการมีบุญ ที่แท้จริงมนุษย์จะต้องใช้ร่างกายจึงจะสอดคล้องกับธรรมชาติ ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความดุล การใช้ร่างกายก่อให้เกิดปัญหาของมนุษย์ติดตามมาอีกมากดังได้เคยกล่าวมาแล้ว การมีสังคมที่เป็นธรรมและการดำรงชีวิตที่เป็นธรรมจึงเป็นหลักสำคัญที่สุดในการสาธารณสุข^{๑๙๗}

นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ^{๑๙๘} ได้อธิบายถึงการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์แบบองค์รวมไว้ว่า คำว่า “สุขภาพ” ไม่ได้หมายถึง เพียงความปราศจากโรคหรือการไม่เจ็บไข้ได้ป่วยเท่านั้น หากแต่หมายรวมถึง การมีร่างกายแข็งแรง คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง การมีจิตใจเข้มแข็ง ร่าเริง เบิกบาน สงบเย็น การอยู่ร่วมกับผู้อื่นทั้งในครอบครัวและสังคมด้วยดี มีความกลมเกลียว เอื้ออาทรต่อกัน ตลอดจนการมีสติและปัญญาอันสมบูรณ์ มองเห็นสรรพสิ่งตามที่เป็นจริง รู้เท่าทันตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม มีคุณธรรมและจริยธรรม นั่นคือ ครอบคลุมทุกมิติของชีวิต อันได้แก่มิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา)

สุขภาพตามความหมายดังกล่าวจึงเป็นเรื่องของความสุขและคุณภาพชีวิตของมนุษย์นั่นเอง ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับปัจจัยอันหลากหลาย ทั้งในตัวบุคคลหรือมนุษย์ (เช่น พันธุกรรม จิตใจ ความรู้ ความเชื่อ บุคลิกภาพ พฤติกรรม เป็นต้น) และสิ่งแวดล้อม (เช่น ที่อยู่อาศัย ถนนหนทาง เสื้อผ้า อาหาร น้ำ ยารักษาโรค บริการทางการแพทย์ เชื้อโรค พิษ สัตว์ สารเคมี มลพิษ ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วัฒนธรรม ศาสนา ค่านิยม กฎหมาย เป็นต้น)

ซึ่งเป็นปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้ทุกมิติ ดังเช่น เมื่อสุขภาพร่างกายเสื่อมทรุดก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจ (เกิดความเครียด ท้อแท้ ซึมเศร้า วิตกกังวล) และการดำรงชีพ การประกอบอาชีพ การหารายได้ การคบค้าสมาคม การสร้างภาระต่อครอบครัวและสังคม การเจ็บป่วยหรือการเสียสุขภาพ เป็นบ่อเกิดของความทุกข์ของบุคคล

^{๑๙๗} ประเวศ วะสี, **บันทึกเวทีกรรมไทย**, พิมพ์ครั้งที่ ๔, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ๒๕๕๒), หน้า ๓๑๙ - ๓๒๓.

^{๑๙๘} ประเวศ วะสี และคณะ, **กรุ่นกลิ่นความสุข**, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรีน - ปัญญาญาณ, ๒๕๕๑), หน้า ๑๐๑ - ๑๐๕.

ครอบครัวยุคใหม่ และสังคม ดังนั้น การมีสุขภาพร่างกายที่ดีไม่เจ็บไข้ได้ป่วยนั้น ย่อมเป็นสิ่งที่ดีและลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจและสังคม ทุกคนควรเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารจัดการ การหลีกเลี่ยงสิ่งอันตรายให้โทษ) เพื่อป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคจากบุหรี่ แอลกอฮอล์ โรคจากพฤติกรรม เป็นต้น และเหนือสิ่งอื่นใด ถ้าบุคคลได้รับการฝึกฝนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (ปัญญา) ให้แข็งแกร่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปฏิบัติตามแก่นธรรมของศาสนา จนมีสติและปัญญาที่สมบูรณ์ ก็สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม ไม่ว่าร่างกายจะแข็งแรงหรือไม่ก็ตาม ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้าย (เช่น มะเร็ง เอชไอวี) รวมทั้งผู้พิการ จำนวนมากที่มีจิตใจและจิตวิญญาณที่แข็งแกร่ง สามารถมีความสุขตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ และแบบอย่างของการใช้ชีวิตที่มีคุณค่าอันน่าสรรเสริญยิ่ง

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ^{๑๙๙} ได้กล่าวถึงวิธีชนะความตาย กล่าวโดยสรุปในแง่มุมของสุขภาพแบบองค์รวมไว้ว่า เป็นประเด็นทางกายที่เอามาใช้ในความหมายที่คนทั่วไปในสังคมเข้าใจกัน เพราะไม่มีใครเอาชนะความตายได้ตราบดีที่เราอยู่ในวัฏสงสาร

จริงๆ แล้ว พุทธรวมๆ ในทางวัฒนธรรม สาเหตุที่เราทุกๆ ไปไม่ชอบความตายนั้น เป็นเพราะเราต่างยินดีปรีดากับการเกิด จนบางคนต้องเฉลิมฉลองการเกิดหรือครบรอบวันเกิดเพื่อแสดงความดีใจกัน เพราะฉะนั้น การเอาชนะความตายในที่นี้ จึงมีความหมายหลักๆ อยู่ที่คุณค่าการพลัดพรากจากกัน หรือความไม่ชอบ (ทั้งของผู้ที่กำลังจะตายไป กับของญาติพี่น้องที่อยู่ข้างหลัง) อันเป็นเรื่องของความเป็นจิตรู้ตัวตน (self) ของเราเอง (จิตรู้ หรือจิตสำนึก ที่ได้มาจากจิตไร้สำนึกอันสากลที่บริหารผ่านสมองและโดยสมอง) ซึ่งจริงๆ แล้ว จิตสำนึกแม้ว่าจะเป็นจิต แต่มันไม่ใช่ตัวตน (อัตตา) ของเรา

พุทธศาสนายังสอนในเรื่องของกรรม และการเกิดใหม่ด้วยแรงกรรมที่คนผู้นั้น กระทำไว้ในอดีตรวมทั้งในชาติภพก่อน พุทธศาสนาสอนให้เชื่อในเรื่องการระลึกชาติ ซึ่งเป็นทั้งด้านของกายภาพกับด้านของจิตว่าเป็นไปได้

ตามเหตุปัจจัยที่กล่าวมาข้างบนนั้น ทำให้การตายเพราะอายุขัยของแต่ละคนกลายเป็นเรื่องเล็กน้อยและให้การดูแลทางจิตและจิตวิญญาณกับศาสนา เพื่อให้บางคนที่จะพุดกันได้ว่าบ้างไม่กลัวตาย ให้รู้จักและเข้าใจชีวิตที่แยกจากการเกิด แก่ เจ็บ ตาย (ซึ่งนักวัตถุนิยมมักไม่รู้) พอดีสรุปได้ดังนี้

๑. คนแก่มากๆ (เช่น ๘๕ ปีขึ้นไป) ไม่ว่ามีโรคหรือไม่มีโรคมักไม่กลัวตายเลย

^{๑๙๙} ประสาน ต่างใจ, “การชนะความตาย คือรู้ว่าจะไม่ตายจริง”, มติชน, (๑๒ กรกฎาคม ๒๕๕๑) :

๒. ผู้ป่วยแทบทุกคน โดยมากที่เป็นผู้หญิง พอใจมากกับการพูดแสดงความรักความห่วงใยของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน โดยเฉพาะการกอดหรือสัมผัสทางกายอย่างเข้าใจและเต็มใจของแพทย์ บางครั้งการร้องด้วยความเจ็บปวดหรือความขมขื่นถึงกับหายไปได้เลย

๓. คนแก่ จำนวนไม่น้อยมักจะหลงๆ ลืมๆ หรือเป็นโรคอัลไซเมอร์ หรือบางคนอยู่ในสภาพที่เรียกว่าโคม่า ซึ่งแพทย์ทั่วไปมักเชื่อว่าเป็นผู้ที่ไม่รู้เรื่องแล้ว จะกลัวตายหรือไม่กลัวตาย หากคิดตามที่เรียนมา ย่อมไม่มีใครรู้ แต่ผู้เขียนเชื่อโดยหลักฐานวิจัยทางวิทยาศาสตร์บางส่วนว่า ผู้ป่วยเหล่านั้นรู้ และช่วยให้เข้าใจชีวิตได้หากพยายามจริงๆ ด้วยการติดต่อทางจิต

๔. ผู้ป่วย ที่ร่างกายแข็งแรง อายุยังไม่เกิน ๖๐ ปี หรือเป็นมะเร็ง มักกลัวตาย (ผู้เขียนสังเกตเอาเอง โดยไม่ได้อ้างอิงการวิจัยว่า มีอัตราเร่งของการเป็นมะเร็งที่สูงขึ้นมากในปัจจุบัน และผู้ป่วยมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ เมื่อเทียบกับทศวรรษก่อน) ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเท่าที่เห็นจะทรمانอย่างที่สุด ทั้งๆ ที่กลัวตาย แต่จะกลัวเจ็บทรمانมากกว่า จึงต้องการตายเร็วๆ

๕. ผู้เขียนเชื่อว่า สำหรับบ้านเรา การดูแลผู้ป่วยที่แก่มากๆ หรือใกล้ตายไว้ที่บ้านอาจดีที่สุด

หากเมืองไทยยังไม่มีฮอสปิซซึ่งจะช่วยได้มากในประเด็นทางจิตวิญญาณและการไม่ยื้อผู้ป่วยจากความตาย แต่หากมีฮอสปิซจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่จะจากไปโดยไม่ทรมานทรมานหลัง เพราะการดูแลทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยเป็นทั้งหน้าที่และจิตใจของฮอสปิซอยู่แล้ว

เรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย แม้ว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและทุกคนรู้ว่าจะต้องเกิดกับตัวเองไม่วันใดวันหนึ่งโดยไม่มีทางหลีกเลี่ยง แต่กระนั้นวัฒนธรรมของเรา (โดยเฉพาะวัฒนธรรมตะวันตก) ก็พยายามทำให้เราไม่นึกถึงมัน ซึ่งเป็นการสอนให้เราทำผิดธรรมชาติ เลยไปถึงเอาชนะธรรมชาติ หรือยื้อแย้งกับธรรมชาติ และเมื่อเอาชนะไม่ได้แน่ๆ ก็จึงลืมนั่นเสีย เพราะฉะนั้น แทนที่จะลืมนึกถึงความตายไปเลย ตรงกันข้าม โรงเรียนในทุกระดับควรสอนให้คิดถึงความตายให้มากและบ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เมื่อเรามีคุ้นเคยกับความเคยชินกับการนึกถึงความตายทุกๆ วันหรือบ่อยกว่านั้น จะยิ่งทำให้เราคุ้นเคยกับมันจนไม่กลัวหรือเลิกลัวมัน เพราะรู้ว่าธรรมชาติต้องเป็นอย่างนั้น ชีวิต และสรรพสิ่งต้องเป็นอย่างนั้น หนีไม่พ้น ถ้าหากมีเกิดย่อมต้องมีตายอย่างแน่นอน เพราะสาเหตุของการตายที่แท้จริงคือการเกิดขึ้นมานั่นเอง ดังนั้น เมื่อเกิดขึ้นมาแล้วเราต้องตายแน่ๆ แล้วเราจะไปกลัวสิ่งที่ต้องเกิดขึ้น

ฉะนั้น วิธีการเผชิญความตายอย่างสงบตามหลักสุขภาวะแบบองค์รวม ทางทางการแพทย์แผนปัจจุบันถือว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตาย ควรได้รับการดูแลด้วยวิธีการหลากหลายเช่น แบบพหุวิชาชีพเพื่อให้การดูแลอย่างทั่วถึงทุกมิติ ให้เป็นไปทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีความคล่องแคล่ว มีพลังกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีโภชนาหารที่ครบสมบูรณ์ ไม่มีอุบัติเหตุอันตราย มีสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาด้วยยาแพทย์แผนปัจจุบันเท่าที่

จำเป็น ด้านทางจิตที่สมบูรณ์ จิตใจที่มีความสุขชื่นเริง คล่องแคล่วไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย ด้านทางสังคมที่สมบูรณ์ ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่มีชีวิตจิตใจ สิทธิที่รับรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล สิทธิที่จะแสวงหาความต้องการด้านจิตวิญญาณ สิทธิของครอบครัวที่จะเข้ามาร่วมในการดูแลให้ครอบครัวของผู้ป่วยและเครือข่ายสังคมให้เป็นส่วนหนึ่งในทีมดูแลผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดอยู่ที่ “การตายดี” หรือการตายอย่างสงบ เป็นหลักประกันว่า หลังจากตายแล้วไปสู่สุคติ สิทธิที่จะตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี สิทธิที่คาดหวังว่าร่างกายของตนจะได้รับการปฏิบัติด้วยดี สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และมีสุขภาวะด้านปัญญาที่สมบูรณ์ สามารถกำหนดรู้แจ้งในสภาวะธรรมที่เกิดขึ้น หรือสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุดของชีวิต