

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพ กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก

ดารณี ทังไพศาล ว.ม. (สื่อสารมวลชน)*

มนวิภา วงจรุจิระ Ph.D.**

อุณาโลม จันทร์รุ่งมณีกุล Ph.D.**

* หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (นิเทศศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

** สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

วันรับ:	17 พ.ค. 2565
วันแก้ไข:	30 มิ.ย. 2565
วันตอบรับ:	10 ก.ค. 2565

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้กรณีศึกษา เก็บข้อมูลด้วยวิธีสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 16 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้เทคนิคสโนบอลให้แพทย์ในโรงพยาบาลแนะนำแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และใช้วิธีเลือกผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 4 คน และผู้ดูแลหลัก 4 คน ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินความเครียดจากนักจิตวิทยาตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า การประกอบสร้างความหมายความตายของแพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักมีความแตกต่างกันไปตามการให้นิยามความหมาย และมุมมองที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ ศาสนา สังคม และเศรษฐศาสตร์ แม้แต่วิชาชีพแพทย์เหมือนกันยังให้นิยามความหมายความตาย และมีมุมมองความตายแตกต่างกันตามความรู้และความสนใจของแต่ละบุคคล เกิดการเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์รวมถึงมีการถ่ายทอดการประกอบสร้างความหมายความตายผ่านกระบวนการสื่อสารในการรักษาตามภาวะแวดล้อมต่างๆ ที่เผชิญหน้าในโรงพยาบาลโดยการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชีวิตประจำวันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่มีการต่อรองความตายตามความรู้ที่สะสมมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไปนั้นขึ้นอยู่กับสถานที่ และเวลาหนึ่งๆ เท่านั้น

คำสำคัญ: การประกอบสร้าง; การสื่อสารความตาย; การดูแลแบบประคับประคอง; บุคลากรทางสุขภาพ; ผู้ป่วยมะเร็ง; ผู้ดูแลหลัก

บทนำ

มะเร็งนับเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย โดยข้อมูลล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทย ในปีหนึ่งมีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ 381 คน หรือ 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 280 คน หรือ 84,697 คนต่อปี⁽¹⁾ โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะของโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า และอาการไม่สบายอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลตลอดจนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต⁽²⁾ โดยเฉพาะความหวาดกลัวต่อความตายที่จะมาถึง

ความตายถูกประกอบสร้างความหมายให้เป็นเรื่องที่มีความน่ากลัว เป็นเรื่องต้องห้าม หรืออัปมงคล ความตายมักถูกกีดกันให้แยกออกจากชีวิต เช่น แยกการตายไปไว้ที่โรงพยาบาล หรือไปตายที่วัด ในขณะที่การตายที่บ้านจะกลายเป็นเรื่องเฉพาะผู้ใหญ่ไม่กี่คนที่ใกล้ชิด และไม่เปิดเผยให้เด็กวัยรุ่นหรือผู้ที่ไม่ได้เข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องการตายได้เรียนรู้ ความตายยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เนื่องจากการนิยามความหมายของความตายว่าเป็นเรื่องราวของการพลัดพราก การสูญเสีย และเป็นการสิ้นสุดของความผูกพันที่มีต่อกันมาตลอดช่วงชีวิต ขณะเดียวกันก็เป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับมิติสังคมวัฒนธรรมจะมีพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตายหลากหลาย แม้ในครอบครัวเดียวกันอาจมีมุมมองหรือมีทัศนคติต่อความตายและวิธีการจัดการความตายแตกต่างกัน

ดังนั้นความตายจึงต้องเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาที่หลากหลาย เนื่องจากการแสดงออกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างกัน การเรียนรู้เรื่องความตายจึงไม่มีวันสิ้นสุด และไม่สามารถคาดการณ์หรือกำหนดวิธีการที่จะเข้าไปเกี่ยวข้องล่วงหน้าได้ ที่สำคัญความตายต้องการบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ที่มีหัวใจความเป็น

มนุษย์ แม้ว่าการเรียนรู้เรื่องความตายจะมีทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรมทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณ แต่ไม่ใช่ว่าเทคโนโลยีการแพทย์จะเป็นสิ่งที่ไม่สำคัญ และไม่ควรมีทัศนคติปฏิเสธเทคโนโลยีเสียทั้งหมด แต่ควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละกรณี⁽³⁾

การศึกษาการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก เป็นโอกาสสำคัญที่ทำให้ได้รับรู้ถึงการประกอบสร้างความหมายความตาย โดยผู้วิจัยนำทฤษฎีการประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคมของ Berger PL และ Luckmann T มาใช้ในการวิเคราะห์โดยระบุว่า⁽⁴⁾ “ความเป็นจริงเกิดขึ้นจากการสะสมความรู้เชิงสังคม (social stock of knowledge) ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการสะสมความรู้นี้ถูกประกอบสร้างและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นและจะถูกนำมาใช้แต่ละบุคคลในชีวิตประจำวัน ขณะเดียวกันพื้นฐานความรู้หนึ่งในการประกอบสร้างความจริงคือ การเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมในชีวิตประจำวัน (social interaction in everyday life) ที่มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกสิ่งทุกอย่างล้วนเกี่ยวเนื่องกันนี้เองทำให้เกิดสถานการณ์การเผชิญหน้าและการต่อรองตลอดเวลา” เช่นเดียวกับการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ล้วนอาศัยการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผ่านการสื่อสารและการต่อรองกันตลอดเวลาในแต่ละช่วงเวลาการรักษาที่แตกต่างกันตามบริบทสถานที่และเวลาหนึ่ง ๆ

การศึกษานี้เป็นจุดเริ่มต้นให้ทุกองค์กรและภาคส่วนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ จุติคิดถึงความตาย และการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ นำไปสู่กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่มีผลต่อการรักษาดูแลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจากความรู้ที่ได้รับการสะสมตลอดเวลาและประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยที่ต้องให้ความสำคัญในวิชาชีพแพทย์ รวมถึงการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจากการสะสมความรู้ที่มีความแตกต่างกันไปตามความสนใจ และ

การส่งต่อความรู้ที่ถูกประกอบสร้างความหมายความตาย จากบุคลากรทางสุขภาพผ่านการสื่อสารซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ให้ข้อมูลมากเกินไปฝ่ายเดียว หรือการสื่อสารทางเดียวที่ไม่เข้าใจปัญหาและความกังวลของผู้ป่วย รวมทั้งการไม่ให้ความสำคัญกับอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่างๆ เหล่านี้ ให้ทุเลาลง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ดูแลหลัก โดยอาศัยการสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่มีการเผชิญหน้าและการต่อรองระหว่างกัน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี (case study) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 2 แห่ง คือจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการ HSc-HREC-63-126-2-3 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคนโรงพยาบาลพื้นที่กรณีศึกษา เลขที่ MTH 2020-16 รหัสโครงการ 186 โดยการเก็บข้อมูลหลายรูปแบบ ตั้งแต่การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) ประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพื้นที่กรณีศึกษา โดยผู้วิจัยเลือกเจาะจงประกอบด้วย 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีประสบการณ์ทำงานไม่ต่ำกว่า 1 ปี ไม่จำกัดเพศและอายุ

กลุ่มที่ 2 แพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับและประสบความสำเร็จในการทำงานการดูแลแบบประคับประคอง โดยใช้เทคนิค-สโนบอลให้แพทย์ในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้ายแนะนำ

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งทุกประเภทที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้ายและเลือกการดูแลแบบประคับประคองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 4 คนและผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 คน รวม 8 คน โดยผ่านการประเมินความเครียดจากนักจิตวิทยาและมีสภาพจิตใจอยู่ในเกณฑ์ที่ดีตามเงื่อนไขของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.81 และนำแบบสัมภาษณ์แบบสังเกตการณ์ไปใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงอุปนัย

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การประกอบสร้างความหมายความตายของคน 3 กลุ่มคือ (1) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (2) กลุ่มแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลแบบประคับประคอง และ (3) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก มีการประกอบสร้างความหมาย ความตายแตกต่างกัน ดังนี้

1) กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บุคลากรทางสุขภาพ 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์รังสีรักษา นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความรู้ที่ได้สะสมเชิงสังคม (social stock of knowledge) มีมุมมองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มุมมองการแพทย์ ศาสนา สังคม และเศรษฐศาสตร์ รวมถึงการสั่งสมประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแต่ละวิชาชีพที่แตกต่างกัน เช่น วิชาชีพแพทย์กับแพทย์รังสีรักษาแม้จะเป็นวิชาชีพแพทย์เหมือน

กัน แต่มีความสนใจความรู้แตกต่างกัน ทำให้การสะสมความรู้และประสบการณ์การทำงานแตกต่างกัน การประกอบสร้างความหมายความตายจึงแตกต่างกันไปตามมุมมองต่าง ๆ นิยามความหมายความตายและปัจจัยต่าง ๆ ที่แต่ละบุคคลประกอบสร้างขึ้น

แพทย์เน้นมุมมองการแพทย์อย่างเดียว ความหมายความตายจึงเป็นเพียงภาวะหัวใจหยุดเต้น แต่แพทย์รังสีรักษาเน้นมุมมองศาสนา สังคม ที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองตามความสนใจส่วนตัวในการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกซ์ุทธมาน้อยที่สุด ไม่ยื้อชีวิตด้วยเครื่องพยุงชีพที่ไม่เกิดประโยชน์ เช่น เจาะคอ บีบหัวใจ ใส่ท่อช่วยหัวใจ และประสบการณ์การทำงานที่คำนึงความต้องการผู้ป่วย ความหมายความตายจึงมากกว่าหัวใจหยุดเต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า แม้เป็นวิชาชีพแพทย์เหมือนกันแต่ก็ยังไม่ให้นิยามความหมายความตายต่างกันตามการสะสมความรู้และการรับความรู้ตามความสนใจของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ขึ้นอยู่กับการเน้นมุมมองใดและปัจจัยใด เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็นความคิด อุดมการณ์ ความเชื่อ ศรัทธา อารมณ์ ความรู้สึก ภาวะทางจิตใจ ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู ตลอดจนการเติบโต และการศึกษา และยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความรู้ที่เป็นไปตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน

นอกจากนี้ในการประกอบสร้างความจริงในชีวิตประจำวันต้องอาศัยการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพด้วยกันในพื้นที่กรณีศึกษา นี้ โดยเฉพาะแพทย์กับวิชาชีพต่าง ๆ เรียกว่า ทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยผ่านกิจกรรมการประชุมทีมสหวิชาชีพ (grand round conference) เพื่อรายงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักซึ่งกันและกัน ขณะเดียวกันแพทย์ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักผ่านกระบวนการสื่อสารในช่วงเวลาตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงกลับไปรักษาต่อที่บ้าน และในระดับการสื่อสารต่างๆ ที่สามารถ

ประกอบสร้างความหมายความตายให้กับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักไปตามความรู้และมุมมองความสนใจของบุคลากรทางสุขภาพดังกล่าวตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยในแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล พื้นที่กรณีศึกษา นี้ที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง ไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์การช่วยชีวิตใด ๆ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังนั้นการประกอบสร้างความหมายความตายจึงถูกถ่ายทอดผ่านการสื่อสารความตายของบุคลากรทางสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายสามารถเข้าใจและค่อย ๆ ใช้เวลายอมรับกับความตายได้เช่นกัน ซึ่งแม้ว่าระยะเวลาของบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์จะมีน้อย แต่หากแพทย์อาศัยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับความตายได้อย่างสงบ

นอกจากนี้ยังพบว่า แพทย์และแพทย์รังสีรักษาที่เป็นแพทย์เจ้าของคนไข้ให้ข้อมูลเหมือนกันโดยยอมรับว่ามีความลำบากในการสร้างความสัมพันธ์ผ่านการสื่อสารกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบกันครั้งแรกต่างจากผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารักษาในระยะแรก ๆ ซึ่งปัจจัยเรื่องระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้แพทย์สร้างความสัมพันธ์ที่ดีทำให้เข้าใจผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักมากขึ้น เกิดความผูกพัน ผู้ป่วยกล้าสื่อสารแลกเปลี่ยนเรื่องราวกับบุคลากรทางสุขภาพมากขึ้น

ขณะที่ทีมสหวิชาชีพอื่น ได้แก่ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา มีการประกอบสร้างความหมายความตายไม่แตกต่างกัน โดยเน้นมุมมองศาสนารองลงมาคือ การแพทย์และสังคมตามการสะสมความรู้เชิงสังคมและความสนใจส่วนตัว ด้วยบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพดังกล่าว โดยเฉพาะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมากที่สุด ทำให้มีระยะเวลาในการสร้างความสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วยมากที่สุด

ดังนั้น การประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันตามการสะสมความรู้เชิงสังคม นิยามความหมายความตาย และมุมมองต่าง ๆ

ที่เกี่ยวข้องของวิชาชีพพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยาจึงไม่แตกต่างกัน คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ ความตายไม่เพียงเป็นการหยุดของร่างกาย แต่จิตวิญญาณยังคงเดินทางต่อไปยังภพภูมิหน้า เน้นมุมมองศาสนา และสังคมที่มีวัฒนธรรมหรือพิธีกรรมความเชื่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับความรู้การดูแลแบบประคับประคองที่ดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมคือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณตามกระบวนการแพทย์แบบนิเวศน์สังคมในปัจจุบันที่เน้นเรื่องจิตวิญญาณและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ยังพบว่าการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย-มะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นการสื่อสารระดับระหว่างบุคคลในแต่ละช่วงเวลาการรักษามีการสื่อสารและการต่อรองระหว่างกันตลอดเวลา

2) กลุ่มแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แพทย์ 2 คนที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีมุมมองและความหมายความตายตามความสนใจความรู้ที่นอกเหนือจากวิชาชีพแพทย์ สะสมเป็นคลังความรู้ และประสบการณ์การทำงานที่แวดล้อม พบว่า มีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความรู้ที่สะสมจากประสบการณ์การทำงานของแต่ละบุคคล รวมถึงความรู้การดูแลแบบประคับประคองที่มีเนื้อหาการสื่อสารกับผู้ป่วยที่แพทย์ต้องให้ความสำคัญและศึกษา โดยแพทย์จะต้องมีความเชื่อก่อนว่าการตายเป็นเรื่องธรรมชาติและทุกคนต้องการตายดี (good death)

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การหาความรู้การดูแลแบบประคับประคองอย่างถ่องแท้สามารถช่วยผู้ป่วยได้ด้วยยาลดปวดที่ถูกต้อง นอกจากนี้เนื้อหาการสื่อสารยังเป็นทักษะสำคัญที่แพทย์ต้องเรียนรู้ไปกับความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษาทางกาย ด้วยการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ถูกต้องเปรียบเสมือนยารักษาทางใจ เป็นความรู้ด้านศาสตร์และศิลป์ที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งต้องใช้เวลามากกว่าและยากกว่า แพทย์จึงต้องเข้าใจใคร่ครวญการทำงานกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อมูลดังกล่าวยังชี้ให้เห็นว่า เมื่อแพทย์ได้สะสมประสบการณ์การทำงานตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่สนใจ ศรัทธา เชื่อถือ ก็จะทำให้เกิดการสะสมความรู้ที่ชำนาญและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นโดยเฉพาะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการสื่อสารพูดคุย เข้าไปรับรู้เรื่องราวของผู้ป่วยแทนการตอบข้อซักถามทั่วไป การสื่อสารจะสามารถสร้างความเข้าใจในวิธีการรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้ป่วยได้ด้วยการให้คำปรึกษาแบบเป็นเพื่อนผู้ป่วย ดังนั้นประสบการณ์การทำงานของแพทย์จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือสำคัญ ที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่า พยาบาลที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีนิยามความตายตามการประกอบสร้างความหมายความตายในมุมมองศาสนาและประสบการณ์การทำงานสะสมความรู้เชิงสังคม ความหมายความตายจึงเป็นการเดินทางต่อไปภพภูมิ ไม่ได้หยุดแค่กายแต่ต้องประกอบด้วยกายและใจหรือจิต การตายเป็นเพียงแค่กายแต่จิตยังมีการเดินทางต่อไปภพภูมิที่ดีตามความเชื่อของผู้นับถือศาสนาพุทธ และให้ความสำคัญเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมาก โดยเฉพาะการสอบถามหรือพูดคุยกับผู้ป่วยเรื่องความตาย บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรพูดคำว่าตายกับผู้ป่วย หากแต่จะสร้างความคุ้นเคยด้วยการฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วย หลังจากนั้นคำว่าตาย ผู้ป่วยจะสื่อสารเองโดยไม่ต้องตั้งคำถามใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจกับโรคที่เป็นอยู่

จากข้อมูลกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ 2 คน พยาบาล 1 คน ที่เชี่ยวชาญและประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ชี้ให้เห็นว่าการประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน เกิดจากความรู้ตามความสนใจจนเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และการสะสมความรู้ดังกล่าวถูกประกอบสร้างขึ้นผ่านกระบวนการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักอย่างแท้จริง ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพไม่ควรวินิจฉัย หากเข้าใจ

ในวิชาชีพความรู้ของตนและความคาดหวังของผู้ป่วย โดยเฉพาะแพทย์ก็ย่อมสามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย และสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก

ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักมีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันจากการสะสมความรู้เชิงสังคมและประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยตรง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีการสะสมความรู้ในการรักษาโรคมะเร็งของแต่ละคนตามห้วงเวลาที่พบโรค การตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่แม้จะอยู่ในวัยที่แตกต่างกันแต่เมื่อมาอยู่ในภาวะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเหมือนกันย่อมต้องผ่านการสะสมความรู้เชิงสังคมตามความสนใจหรือใกล้เคียงกับความรู้ของตนที่ไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยมะเร็งผ่านประสบการณ์การรักษาด้วยยา-สมุนไพรตามกระบวนการที่ศัลยกรรมแพทย์แบบพื้นบ้านจนถึงการแพทย์แผนปัจจุบันด้วยเครื่องมือแพทย์ การฉายรังสีและการทำเคมีบำบัด ประกอบกับมีประสบการณ์ความตายจากบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจึงพบว่า ความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งไม่แตกต่างกัน คือ ความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเจอและพร้อมยอมรับ ไม่กลัวความตาย ขณะเดียวกันมีความหวังการรักษาโรคให้หายหรือดีขึ้น

ขณะที่การประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ดูแลหลักที่เป็นคนในครอบครัว ดูแลใกล้ชิดด้วยความรักความผูกพันกับผู้ป่วยมีการสะสมความรู้ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาทำให้ความหมายความตายของผู้ดูแลหลักไม่แตกต่างจากผู้ป่วย แต่เพิ่มเติมจากผู้ป่วยในด้านจิตใจที่ความหมายความตายเป็นเรื่องของความสูญเสีย ความเศร้าโศก เสียใจ ความน่ากลัวของโรคมะเร็ง ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ โดยเฉพาะภายหลังที่ผู้ป่วยต้องจากไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นอกจากการประกอบสร้างความหมายความตายของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจะมาจากการสะสมความรู้เชิงสังคมของแต่ละบุคคลตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันแล้ว ยังถูกถ่ายทอด

จากกระบวนการสื่อสารตามช่วงเวลาการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพื้นที่ที่กรณีศึกษาในแต่ละช่วงเวลาของบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ ช่วงเวลาแรกเริ่ม ช่วงเวลาแจ้งอาการ/การประชุมทีมสหวิชาชีพ ช่วงเวลาการรักษาไประยะหนึ่งใกล้กลับบ้าน และช่วงเวลาการกลับไปรักษาตัวที่บ้านที่ต้องมีการสื่อสารและการต่อรองตลอดเวลา

ด้วยบริบทการรักษาผู้ป่วยตามแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลพื้นที่ที่กรณีศึกษาดังกล่าว การสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะมีการประกอบสร้างจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะช่วงแรกเริ่มและแจ้งอาการ แพทย์จะมีอำนาจตามบทบาทหน้าที่ เป็นผู้ให้ข้อมูลการรักษาตามนโยบายโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะการประชุมร่วมกับครอบครัว (family meeting) เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักได้รับรู้การแพร่กระจายของโรคและร่วมวางแผนการรักษาโรคล่วงหน้าด้วยตนเอง (advance care plan) ที่นำไปสู่การทำพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือหนังสือแสดงเจตจำนงไม่รับบริการสาธารณสุขใดๆ ในระยะสุดท้ายที่เป็นไปเพื่อการยื้อชีวิตที่ไม่เกิดประโยชน์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและการตายดี

ขณะที่ช่วงเวลาการรักษาไประยะหนึ่งและช่วงเวลาผู้ป่วยได้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่จะมีวิธีการต่อรองการรักษาของแพทย์ตามความเชื่อพื้นฐานของแต่ละบุคคล ที่สะสมมาจากรุ่นสู่รุ่นโดยยึดหลักพิธีกรรมทางศาสนาแต่ละครอบครัว ด้วยการขอพรบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทุกอย่างให้อาการดีขึ้น โดยเฉพาะพิธีกรรมร่างทรงที่เป็นคนในครอบครัว เพื่อปิดเป่าโรคร้ายให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน

โดยสรุป การประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่เกิดจากการสะสมความรู้เชิงสังคมในมุมมองต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มุมมองการ-

แพทย์ ศาสตรา สังคม และเศรษฐศาสตร์ รวมถึงความเชื่อที่มีอยู่เดิมและความสนใจของแต่ละบุคคลนำมาปรับใช้ในโครงสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่มีการสั่งสมประสบการณ์ทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจึงแตกต่างกันไป ดังนั้นการประกอบสร้างความหมายความตายของแต่ละกลุ่มจึงมีการแลกเปลี่ยนถ่ายทอด โน้มน้าว ประกอบสร้างความหมายความตายระหว่างกันภายใต้กระบวนการสื่อสารตามช่วงเวลาและระยะการดูแลแบบประคับประคองในช่วงเวลาต่างๆ ที่ต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกัน ความหมายความตายของแต่ละกลุ่มที่กล่าวข้างต้นย่อมมีความเกี่ยวเนื่องกันกับกระบวนการสื่อสารในระดับต่างๆ ทั้งระดับระหว่างบุคคล (interpersonal communication) และระดับกลุ่ม (group communication) ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักที่มีการสื่อสารและการต่อรองตลอดเวลาในสถานที่และเวลาหนึ่ง ๆ ที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัดตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน

วิจารณ์

แม้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวคิดใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยจริงจางช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีจุดเริ่มต้นจากองค์การอนามัยโลกที่คาดการณ์ว่าโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทั่วโลก ในปี 2014 จึงประกาศให้ประเทศสมาชิกทุกประเทศบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิตทำให้ระบบบริการสุขภาพตื่นตัวในเรื่องนี้มากขึ้น โดยเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองตามแนวการปฏิบัติวัฒนธรรมสังคมไทยกล่าวได้ว่ามีมาช้านานแล้วตั้งแต่ในอดีต ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเยี่ยมเยียนไปมาหาสู่กันและกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวในปัจจุบันถูกเรียกว่า เป็นการดูแลแบบประคับประคองและเป็นไปตามหลักสากลขององค์การอนามัยโลกได้ประกาศบังคับใช้ให้ประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทยมีการดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง หากแต่ชื่อเรียกยังไม่คุ้นหูและอาจฟังดูยากต่อความเข้าใจ โดยเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้าใจคำว่าดูแลแบบประคับประคองนั้นคือการดูแลที่ไม่ทรมาณ

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสุขสบาย ทางกาย ไม่ทุกข์ทรมานเหมือนในอดีต สอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพในปัจจุบันที่เน้นการแพทย์แบบนิเวศสังคมคำนึงถึงการรักษาแบบองค์รวม คือ กาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตบรรเทาความเจ็บปวดทรมานให้มีการตายที่ดีได้โดยไม่ต้องทุกข์ทรมาน

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่า บุคลากรทางสุขภาพทุกวิชาชีพมีการประกอบสร้างความหมายความตายตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันที่เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ ชอบขำความสนใจของแต่ละบุคคล จนเกิดการสะสมความรู้เชิงสังคมตามความรู้ที่มีอยู่แต่ละวิชาชีพ และมุมมองด้านต่างๆ ที่ตนสนใจสอดคล้องกับ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ กล่าวว่า ความเป็นจริงเกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวันที่ยอมรับกันโดยปริยายว่าเป็นความเป็นจริงที่ไม่ต้องการพิสูจน์อะไร นอกเหนือจากสิ่งที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ที่สำคัญความรู้ในชีวิตประจำวันยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกสิ่งล้วนมีความเกี่ยวเนื่องกัน มีบางส่วนของความรู้ที่ปฏิบัติทันทีตามความสนใจ ขณะที่ในความรู้อื่นๆ ก็เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brabant S⁽⁵⁾ พบว่า ปัจจัยเรื่องสังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญต่อการประกอบสร้างความตายแต่ละคนตามความจริงตามประสบการณ์แต่ละคน ทำให้ภาพวาดของนักศึกษาที่ลงเรียนวิชาความตายในมหาวิทยาลัยแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ดังนั้นการวาดภาพเป็นการให้แต่ละคนได้เปิดเผยการประกอบสร้างที่เป็นพื้นฐานที่สุดที่แสดงถึงทัศนคติ ความเชื่อ ฯลฯ สามารถถ่ายทอดการประกอบสร้างความตายแต่ละคนได้ตาม

ความจริง

กรณีนี้อธิบายได้เช่นเดียวกับโลกของผู้ป่วยเป็นความจริงในชีวิตประจำวันที่ไม่เพียงต้องปฏิบัติตามระเบียบการเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายตามกระบวนการของแพทย์และนโยบายของโรงพยาบาลโดยปริยายเท่านั้น แต่ผู้ป่วยเองก็ยังมีโลกอีกโลกหนึ่งที่อยู่ในการกระทำอื่น ๆ อีกมากมายที่ผู้ป่วยดำรงอยู่ เสมือนหนึ่งเป็นความเป็นจริงอีกด้วยซึ่งบางครั้งอาจจะคล้อยตามกันหรือสวนทางกันกับโลกความเป็นจริงที่เป็นบรรทัดฐานในชีวิตทางสังคมก็เป็นไปได้ เช่น แม้ผู้ป่วยจะรักษาด้วยการฉายแสงรังสีในทางการแพทย์แบบปัจจุบันแต่ก็ยังมีความหมายที่ไร้ยาสมุนไพรในการแพทย์แบบอดีตร่วมด้วยเป็นการแพทย์แบบผสมผสาน เป็นต้น

นอกจากนี้ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ กล่าวว่าความรู้ในชีวิตประจำวัน ยังได้ถูกประกอบสร้างขึ้นในลักษณะของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทุกสิ่งล้วนมีความเกี่ยวเนื่องกัน มีบางส่วนของความรู้ที่ปฏิบัติทันทีตามความสนใจ ขณะที่ในความรู้อื่น ๆ ก็เป็นเพียงสถานการณ์ทั่วไปในสังคม เช่นเดียวกับการสร้างปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรทางสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และความรู้ในวิชาชีพนั้น ๆ ที่มีความแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน ย่อมส่งผลต่อการประกอบสร้างความหมายความตายตามพื้นฐานความรู้ทั้งของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่แตกต่างกันไปด้วย เช่น กรณีผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเน้นความเชื่อที่สนใจในมุมมองทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็นการสวดมนต์ การบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้อาการดีขึ้นหรือหายจากโรค เปรียบได้กับการที่ผู้ป่วยได้เปลี่ยนผ่านเข้าไปในอีกโลกหนึ่ง ดังที่ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ ได้กล่าวเปรียบเทียบประเด็นนี้ว่า เหมือนโรงละครที่เป็นภาพสะท้อนที่ดีที่สุดสำหรับการเปลี่ยนไปมาระหว่างความจริงในชีวิตประจำวันกับความจริงอื่น ๆ ที่เวลาสิ้นสุดเมื่อม่านโรงละครถูกดึงลง ผู้ชมจะกลับคืนสู่ความเป็นจริงสูงสุดของชีวิตในชีวิตประจำวันด้วยการเปรียบเทียบกับความจริงที่เกิดขึ้นบนโรงละครชั่วคราวชั่วคราวและไม่มีสาระสำคัญอันใด

อย่างไรก็ตามกรณีศึกษา บุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลหลักย่อมมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกัน ซึ่งถือเป็นพื้นฐานความรู้หนึ่งของการประกอบสร้างความจริง โดยต้องอาศัยความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน ดังที่ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ กล่าวว่า “I live within a web of human relationships” โดยเฉพาะการประกอบสร้างความหมายความตายของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันที่ต้องมีการสื่อสารในระดับระหว่างบุคคลและระดับกลุ่มทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทาง และการต่อรองในแต่ละช่วงเวลาการสื่อสารตลอดเวลา

สอดคล้องกับงานวิจัยนิตยา เหล่าบุญเกื้อ⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์และพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย” พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัต มุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน 8 รูปแบบ ซึ่งปฏิสัมพันธ์แต่ละแบบมีผลต่อมุมมองความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจะถูกส่งสมมาตามระบบวัฒนธรรมไม่ว่าจะเป็นด้านบวกหรือด้านลบ ปัญหาสำคัญเรื่องนี้เป็น การสื่อสารโดยตรงกับปฏิสัมพันธ์ และปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อการรับรู้และมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังบทความวิจัยของสมรภัช เจียมธีรสกุล⁽⁷⁾ ศึกษาเรื่อง “การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในศตวรรษที่ 21” พบว่า คนในสังคมร่วมสมัยสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายทุกระดับ ตั้งแต่การสื่อสารภายในบุคคลระหว่างบุคคล การสื่อสารกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ และการสื่อสารต่อสาธารณะ ผู้ส่งสารเพื่อการเตรียมตัวตายมีทั้งบุคคลและองค์กร บุคคลใช้สื่อหลากหลายประเภทเพื่อสื่อสารความประสงค์ในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ การสนทนากับคนในครอบครัว การเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น พินัยกรรม หนังสือแสดงเจตจำนง หนังสือบริจาคร่างกายหรืออวัยวะ เป็นต้น

การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยใช้ภาษาในการสื่อสารทั้งในระดับระหว่างบุคคลในช่วงเวลาต่าง ๆ ของการรักษาทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านและการสื่อสาร

ระดับกลุ่มในทีมบุคลากรทางสุขภาพหรือเรียกว่าทีมสหวิชาชีพด้วยกันเองสามารถให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา โน้มน้าว ขึ้นอยู่กับเทคนิคการสื่อสารของแต่ละบุคคล บุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์เจ้าของคนไข้ที่เป็นความหวังผู้ป่วยจึงสามารถส่งต่อความรู้ข้อมูลการรักษา ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้การดูแลแบบประคับประคอง ขณะเดียวกันผู้ป่วยเองเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้านก็มีการต่อรอกหาข้อมูลอื่นๆ ตามความเชื่อและสิ่งที่สนใจ เลื่อมใส ศรัทธา เช่น การนับถือร่างทรงพอบุที่เป็นคนในครอบครัวเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือการขอร่างทรงศาลเจ้าที่ปฏิบัติงานให้ข้อมูลหรือโอกาสรอด โอกาสหายของผู้ป่วย

ดังที่ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ กล่าวว่า การส่งต่อความรู้จากการสะสมความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคลังความรู้ ความรู้จะถูกประกอบสร้างขึ้นมาได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยการสื่อสารผ่านภาษาขึ้นอยู่กับความรู้ที่ส่งต่อนั้นเป็นใคร และจะต้องใช้ความรู้แบบนี้สื่อสารกับคนนั้นคล้ายกับว่าในชีวิตประจำวันตัวเองจะรู้ว่าควรจะซ่อนความรู้อะไรจากใคร และใครที่เราควรจะหันไปหาความรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลในสิ่งที่เราไม่รู้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เพียงไปหาความรู้จากแพทย์ หรือ แพทย์รังสีรักษาเพียงวิชาชีพเดียว เพราะด้วยวิชาชีพแพทย์เองก็ไม่ได้เลือกที่จะส่งต่อความรู้ทั้งหมดให้กับผู้ป่วย

ขณะเดียวกันผู้ป่วยเองก็ต้องหาความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพวิชาชีพอื่นๆ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรียานุช โชคธนะวิชย์⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก” พบว่า บทบาทในการให้บริการโดยตรงของนักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทหลักในสัดส่วนร้อยละ 90 คือ เป็นผู้ประสานทรัพยากรทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีบทบาทพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีบทบาทที่หลากหลายนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน คือฐานคิดการ

ดูแลแบบองค์รวมของนักสังคมสงเคราะห์นั่นเอง

ดังนั้นการแลกเปลี่ยนหรือส่งต่อข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อเดิม รวมถึงความสนใจเรื่องต่างๆ ของแต่ละบุคคลจนสะสมความรู้ต่างๆ เกิดประสบการณ์ที่มีอยู่ทั้งบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อมีคลังความรู้ที่ใกล้เคียงกันซึ่งหากความรู้ดังกล่าวไม่สอดคล้องกับคลังความรู้ที่มีอยู่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยก็ยังสามารถหันไปหาความเชื่อเดิม เช่น การพึ่งพาข้อมูลจากร่างทรงพอบุที่เป็นคนในครอบครัว หรือ ข้อมูลจากร่างทรงในศาลเจ้าที่ปฏิบัติงานอยู่ก็ตาม การที่ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักไปหาข้อมูลหรือคำแนะนำจากความเชื่อตามพิธีกรรมร่างทรงจากรุ่นสู่รุ่น และมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างผู้ป่วยกับคนร่างทรงนี้เอง ถือเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีการเผชิญหน้าและการต่อรองข้อมูลที่ได้จากร่างทรงถือเป็นความรู้หนึ่งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความซับซ้อนด้วยต้องผ่านกระบวนการพิธีกรรมเข้าร่างและบางครั้งการส่งต่อข้อมูล คำแนะนำให้ผู้ป่วยนี้ก็ไม่ได้มาแบบทั้งหมดแต่มาแบบขาดๆ หายๆ ตามสถานการณ์ที่หลากหลายของคนร่างทรงในขณะนั้น สอดคล้องกับที่ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ ย้ำว่า ในกรณีดังกล่าวเป็นความต้องการคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่มีระดับเหนือผู้เชี่ยวชาญปกติขึ้นไปอีกอย่างแท้จริงโดยการส่งต่อข้อมูลหรือความรู้หรือการประกอบสร้างความจริงนี้ไม่จำเป็นจะต้องเป็นข้อมูลหรือความรู้ที่ทุกคนรับรู้เหมือนกัน ด้วยเหตุเพราะว่า ความเป็นจริงนั้นเกิดขึ้นจากการสะสมความรู้ในชีวิตประจำวันของแต่ละคนนั่นเอง

สรุป การประกอบสร้างความจริงในชีวิตประจำวันผ่านการสะสมความรู้เชิงสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การสื่อสารเผชิญหน้าในสถานการณ์ต่างๆ และการต่อรองเหล่านี้ต่างถูกประกอบสร้างขึ้น ซึ่งนำไปสู่กระบวนการสื่อสารความตายระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแลหลักในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามไม่ว่าการต่อรองระหว่างโลกจริงกับโลกประสบการณ์ของผู้ป่วยหรือกับโลกประสบการณ์ของบุคลากร

ทางสุขภาพและโลกความรู้กับต้นทุนการสะสมความรู้เชิงสังคมต่างๆ ของบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักจะเป็นอย่างไรก็ตาม ทั้งหมดนี้ล้วนมีการต่อรองกันและกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทสถานที่และเวลาหนึ่งๆ เท่านั้น

ข้อจำกัดในการวิจัย

ด้วยเกณฑ์ในการประเมินคัดเลือกผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักต้องเป็นไปตามเงื่อนไขของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแลหลักที่ผ่านการประเมินความเครียดจากนักจิตวิทยา ก่อน ทำให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีสุขภาพจิตดีเข้าใจและยอมรับความตายระดับหนึ่ง ประกอบกับการเก็บข้อมูลบางช่วงเวลาขณะนั้นอยู่ในสถานการณ์ของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พื้นที่กรณีศึกษาจึงงดเยี่ยมหรือพบผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมและเมื่อสถานการณ์ดีขึ้นจึงไปพื้นที่กรณีศึกษาอีกครั้ง พร้อมกับเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วงที่กลับไปรักษาตัวที่บ้าน

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาเรื่อง การสื่อสารสุขภาพในมิติอื่น ๆ ที่ยังมีปัญหาความไม่เข้าใจกันในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะให้ประชาชนได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้ง่ายขึ้น เน้นองค์ความรู้แบบมีส่วนร่วมเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน โดยอาจนำทฤษฎี การประกอบสร้างความเป็นจริงทางสังคม (social construction of reality) ของ Berger PL และ Luckmann T⁽⁴⁾ มาใช้ต่อยอดองค์ความรู้และสามารถวิเคราะห์อธิบายได้จริงกับชีวิตประจำวันไม่ว่าเรื่องใดก็ตามล้วนถูกประกอบสร้างความเป็นจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างกว้างขวางและลุ่มลึกขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขประจำปี 2563. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
2. จิตใจ ศิริโส. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับคุณภาพการตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559. 158 หน้า.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. วัฒนธรรม ความตาย กับความหลากหลายทางชาติพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: ตีวัน; 2550.
4. Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge. New York: Anchor Books; 1967.
5. Brabant S. Death: the ultimate social construction of reality. OMEGA 2011;62(3):221-42.
6. นิตยา เหล่าบุญเกื้อ. ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและพลวัตของมุมมองต่อความตายในผู้ป่วยระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
7. สมรักษ์ เจียมธีรสกุล. การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในศตวรรษที่ 21 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: [http://utcc2.utcc.ac.th/humanities_conf/journal_file/0005/UTCC%2016-19%20\(edited\).pdf](http://utcc2.utcc.ac.th/humanities_conf/journal_file/0005/UTCC%2016-19%20(edited).pdf)
8. ปรียานุช โชคธนวิชัย. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว: การจัดการและบริการและบทบาทของนักสังคมสงเคราะห์คลินิก [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://journal.innovtalk.com/upload_files/journal/journal_id_34_62.pdf

Abstract: Death-related Communication Between Healthcare Providers and Cancer Patients Receiving Palliative Care with Their Primary Caregivers

Daranee Tungphaisal, M.A. (Mass Communication)*; Monwipa Wongrujira, Ph.D.; Unaloam Chan-rungmaneekul. Ph.D.**

** Doctor of Philosophy Program in Communication Arts, Sukhothai Thammathirat Open University;*

*** School of Communication Arts, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand*

Journal of Health Science 2022;31(5):860-70.

The objective of this research was to study the social construction of the meaning of death of healthcare providers, cancer patients receiving palliative care and their primary caregivers. This was a qualitative research based on case studies, using the methods of non-participatory observation and in-depth interviews with 16 key informants. The selection process began with purposively selecting 5 healthcare providers, comprising 1 doctor, 1 nurse, 1 radiologist, 1 government welfare officer, and 1 psychologist working at a hospital that cared for terminal cancer patients. Then, the snowball technique was used by asking the doctor to recommend 2 more doctors and 1 nurse who had expertise and was successful in providing palliative care; and they recommended 4 terminal cancer patients and 4 primary caregivers who had been evaluated by a psychologist and had passed the stress standard as recommended by the human research ethics committee. Data were analyzed through analytic induction. The results showed that the construction of the meaning of death of the doctor, the nurse, the radiologist, the government welfare officer, the psychologist, the doctors and nurse who were palliative care experts, the cancer patients themselves and their primary caregivers all varied with their different interpretations and perspectives, including their medical, religious, social, and economic outlooks. Each individual has an existing knowledge base that is a storehouse of accumulated social constructs. Even for the doctors, who had similar educational backgrounds and the same occupation, each had differing ideas and interpretations of the meaning of death and dying depending on their individual interests and knowledge banks. Learning, knowledge and experience were assembled, and the social construct of the meaning of death was transmitted through the communication process as each individual experienced various different environments and situations in the hospital throughout the course of care. The communication process naturally arose through social interaction in everyday life between healthcare personnel, cancer patients and primary caregivers as they negotiated death according to the knowledge base and social constructs that have been passed down from generation to generation, and that varies for different individuals depending on the time and place.

Keywords: social construct, death-related communication, healthcare providers, cancer patient, palliative care, primary caregiver